



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Potřeba jistoty a bezpečí na vybraných dětských
odděleních**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jana Škraňková

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Potřeba jistoty a bezpečí na vybraných dětských odděleních* jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8.2018

.....

Bc. Jana Škraňková

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí diplomové práce Mgr. Jaroslavě Fendrychové Ph.D. za její cenné rady a rychlé připomínky v průběhu psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat náměstkyni pro ošetrovatelskou péči FN Motol Mgr. Janě Novákové, MBA, za svolení uskutečnění výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Motole. Poděkování patří také vrchním sestřám Mgr. Iloně Mayerové, Mgr. Márii Kurucové a Bc. Jitce Kaplické za vlídné přijetí do jejich zdravotního týmu v rámci odborné praxe. Velký dík patří všem dětem a sestřám, které se účastnily rozhovoru a odpovídaly ochotně na mé otázky.

Potřeba jistoty a bezpečí na vybraných dětských odděleních

Abstrakt

Hospitalizace představuje pro dítě řadu velkých změn, necítí se dobře, je odtrhnuté od domova, od svých kamarádů a ocitá se v novém neznámém prostředí plném bílých plášťů, strachu a různých nemocí. Po příchodu do nemocnice ztrácí pocit bezpečí a bojí se. Naplnění potřeby jistoty a bezpečí je pro jeho zdravý vývoj stěžejní, a proto jsme se v diplomové práci tímto tématem zabývali. Cílem diplomové práce bylo zmapovat, do jaké míry je u dětí na vybraných odděleních naplňována potřeba bezpečí a jistoty. Rovněž jsme chtěli zjistit, jakým způsobem se dotazované děti adaptují na nemocniční prostředí a zmapovat přístup sester k dětem v kontextu uspokojování potřeby bezpečí a jistoty.

V teoretické části jsme popsali klasifikaci potřeb dětí a charakterizovali potřebu jistoty a bezpečí. Věnovali jsme se adaptaci dítěte na nemocniční prostředí a spolupráci s rodinou, úloze rodičů při hospitalizaci dítěte a dále problematice hospitalismu. Pro empirickou část jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru s hospitalizovanými dětmi a sestrami. Výzkumný soubor tvořilo 17 dětí mladšího školního věku a 6 sester ve stejném poměru ze tří dětských oddělení Fakultní nemocnice v Motole. Při rozhovoru s dětmi jsme zjišťovali, jak se v nemocnici cítí, co prožívají, zda mají návštěvy, zda se něčeho nebojí a jak jsou informované o diagnóze, vyšetřeních a délce hospitalizace. Se sestrami jsme vedli rozhovor ohledně zajišťování potřeby jistoty a bezpečí, snižování strachu a bolesti, společné hospitalizace rodičů s dětmi a přípravy dítěte na vyšetření.

Na základě analýzy výsledků jsme došli k závěru, že potřeba bezpečí a jistoty je u dětí naplňována do velké míry. Děti se na nemocniční prostředí adaptují zpravidla dobře. Sestry k nim přistupují s láskou a snaží se jim dostatečně věnovat, povzbuzovat je a nahrazovat jim rodiče, když nejsou s nimi hospitalizováni. Domníváme se však, že nevěnují dostatek času psychosociální anamnéze, a proto jsme navrhli vytvořit adaptační dotazník, který bude sloužit sestřím po přijetí dítěte k hospitalizaci.

Klíčová slova:

potřeby člověka; potřeba jistoty a bezpečí; hospitalizace dětí v nemocnici; adaptace dětí na nemocniční prostředí; přístup sester k dětem; hospitalismus

The need of confidence and safety at selected pediatrics departments

Abstract

Hospitalization means a lot of changes for a child. A child does not feel well, is isolated from home, friends, and comes to a new unknown environment full of white coats, fear, and different illnesses. After coming to hospital, a child loses the feeling of safety and is afraid. Fulfilling the child's needs of certainty and safety is crucial for the child's healthy development that is why the thesis deals with this topic. The aim of the thesis is to map to what extent the needs of safety and certainty of children are fulfilled in chosen departments. The thesis aims to find out in what way the asked children adapt to the hospital environment and to map the nurses' approach to the children in the context of fulfilling the needs of safety and certainty as well.

In the theoretical part, classification of children's needs is described and the needs of certainty and safety are characterized. This part deals with adaptation of a child to the hospital environment and cooperation with the family, the role of parents during child's hospitalisation, and the issue of hospitalism. For the empirical part, qualitative research was chosen via a method of semi-structured interviews with hospitalized children and nurses. The research sample was created by 17 children of younger school age and 6 nurses in the same ratio from three children's department of Motol University Hospital. When interviewing children, we were finding out how they feel at hospital, what they experience, if they have visitors, if they are not afraid, and how they are informed about the diagnosis, check-ups, and the length of hospitalization. We were interviewing nurses about ensuring the needs of certainty and safety, decreasing fear and pain, common hospitalization of parents and children, and preparation of children for check-ups.

On the basis of the analysis of results, we made a conclusion that the needs of safety and certainty are fulfilled to a great extent at children. Children generally adapt to the hospital environment well. Nurses treat them with love and try to devote themselves to them, encourage them and substitute their parents if they are not hospitalized with them. We think, however, that they do not devote enough time to psychosocial anamnesis and that is why an adaptation questionnaire was created which will serve nurses after admitting a child to hospitalization.

Key words:

human needs; the needs of certainty and safety; hospitalization of children at hospital; adaptation of children to the hospital environment; nurses' approach to the children; hospitalism

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav dané problematiky	10
1.1 Potřeby člověka	10
1.1.1 Potřeby dítěte a jejich klasifikace	11
1.1.2 Neuspokojování potřeb dítěte	13
1.1.3 Nadměrné uspokojování potřeb	14
1.1.4 Potřeba jistoty a bezpečí	15
1.1.5 Uspokojení potřeby jistoty a bezpečí v rodině	19
1.1.6 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí	20
1.2 Adaptace dítěte na nemocniční prostředí a spolupráce s rodinou	22
1.2.1 Charakteristika dětského věku	22
1.2.2 Reakce dítěte na hospitalizaci	25
1.2.3 Separace a separační úzkost	26
1.2.4 Úloha rodičů při hospitalizaci dítěte	27
1.2.5 Spolupráce sestry s rodiči	28
1.2.6 Úloha sester při přijetí dítěte k hospitalizaci	29
1.2.7 Hospitalismus	31
1.2.8 Rezignace dětí	32
1.2.9 Role dětské sestry v prevenci hospitalismu	32
1.2.10 Komunikace s dětmi	33
1.2.11 Úloha sester při snižování strachu a úzkosti dětí	34
2 Cíle práce a výzkumné otázky	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky	36
2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce	36
3 Metodika práce	38
3.1 Použité metody šetření	38
3.2 Výběr výzkumného souboru	40
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	40
4 Výsledky	45
4.1 Výsledky šetření u dětských respondentů	45
4.1.1 Odpovědi na první výzkumnou otázku	46
4.1.2 Odpovědi na druhou výzkumnou otázku	55

4.2	Výsledky šetření u zdravotnického personálu - sester	60
4.2.1	Odpovědi na třetí výzkumnou otázku	61
4.2.2	Odpovědi na čtvrtou výzkumnou otázku	69
5	Diskuze.....	78
6	Závěr	89
7	Seznam použitých zdrojů.....	91
8	Seznam příloh.....	98

*„Ty jsi mě vyvedl z života matky,
chovals mě v bezpečí u jejích prsou.“*

Kniha žalmů

Úvod

Nemoc nebo úraz a s tím spojená hospitalizace představuje značný zásah do běžného života člověka a jeho rodiny. Nepostihuje pouze jednotlivé orgány, ale celou osobnost. Děti prožívají hospitalizaci obzvláště citlivě, jsou vytrženi z denního života rodiny, kontaktu se sourozenci, kamarády a školních povinností. Tyto velké změny u nich vyvolávají pocity nejistoty, úzkosti, strachu a neklidu. Problematika jistoty a bezpečí je pro dítě a jeho zdravý vývoj nesmírně důležitá. Dětské pacienty potřebují vědět a cítit, že jsou v dobrých rukou, že o ně bude co nejlépe postaráno, potřebují zůstat v kontaktu s rodinou, být dostatečně informováni a nebát se. Zajistit dítěti potřebu jistoty a bezpečí je ten nejdůležitější úkol dětské sestry. Je to základní potřeba, která musí být splněna. Pokud není, dítě se uzavře, nespolupracuje a může dojít až k apatii.

Motivem sepsání diplomové práce na téma Potřeba jistoty a bezpečí na vybraných dětských odděleních, bylo poukázat na velikost této potřeby, vyzdvihnout její hodnotu a přiblížit se dětem a zjistit, co v nemocnici prožívají a jak se adaptují.

Diplomová práce má své využití v zamyšlení se nad vnímáním nemoci, nemocničního prostředí, přístupu a chování zdravotnického personálu. Mohla by vést ke zlepšení přístupu sester k dětským pacientům, zvláště pokud jsou hospitalizováni dlouhodobě a bez přítomnosti svých rodičů.

1 Současný stav dané problematiky

1.1 Potřeby člověka

Ošetrovatelská péče v pediatrii se v posledních letech rychle vyvíjí, hlavním motivem péče se stává zajištění potřeb dětí a dospívajících. Dětská sestra by se měla detailně orientovat ve fyziologických, psychosociálních i spirituálních potřebách dětí a dospívajících. Ať se věnuje zdravému nebo nemocnému dítěti, musí vždy jeho potřeby správně rozpoznat a rozvíjet (Sikorová, 2011).

Trachtová (2013) definuje pojem potřeba jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – jeho pozornost, myšlení, emoce, a tím vytváří vzorec chování. V průběhu života se potřeby mění.

Šamánková (2011) vysvětluje lidské potřeby jako stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální či duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení rovnováhy organismu. Vědomé vnímání potřeby vzniká na základně pocitu nedostatku naplnění nějaké potřeby nebo naopak při pocitu nadbytku nebo při touze něčeho dosáhnout. Množství a intenzita potřeb závisí na mnoha faktorech jako je pohlaví, věk, kulturní a společenská úroveň, prostředí, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije, zdravotní stav, apod. Pro naplnění potřeb je důležitá síla motivace a schopnost jedince překonávat překážky. Motivace je hnací síla ženoucí k uspokojení nenaplněných potřeb, k dosažení osobních a organizačních cílů. Můžeme ji chápat jako vůli něčeho dosáhnout (Šamánková, 2011).

Existuje řada faktorů, které znemožňují a znesnadňují uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně nemoc, charakter nemoci a s ním spojené omezení pro člověka. Dále individualita člověka, zda je člověk labilní nebo stabilní, jak je odolný proti zátěži. Uspokojování potřeb mohou narušovat také mezilidské vztahy, zejména vztahy k příbuzným a blízkým. Vývojové stadium člověka modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb. Zvláště v období kojeneckém a batolecím nedokáže dítě dostatečně vyjádřit signalizaci potřeb. Obdobně je to problematické u starého člověka. Okolnosti, za kterých nemoc vzniká, ovlivňují potřeby a psychiku jedince. Nemocný člověk bude jinak vyjadřovat a uspokojovat své potřeby v domácí péči a jinak při hospitalizaci. Jiné potřeby bude mít malé dítě, když bude hospitalizováno samo, nebo s ním bude jeho rodič (Trachtová, 2013).

Důležitou rolí sestry je pomoci nemocnému najít vhodné pojmenování jeho potřeb. Pacienti mnohdy popisují pocity diskomfortu a neumí správně pojmenovat problém. U malých dětí je to obzvláště obtížné, pokud není s nimi během hospitalizace matka, která snadněji rozpozná, co dítěti schází. Úkolem sestry je pozorovat dítě, vcítit se do něho, navázat s ním přátelství a spolupráci a rozpoznávat jeho potřeby a přání (Šamánková, 2011).

Hlavním cílem kvalitní zdravotní péče je uspokojování nejen základních životních potřeb nemocného, jako jsou potřeby dýchání, tepla, výživy, vyprazdňování, ale také potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Nedílnou součástí je správná informovanost nemocných a pravidelná komunikace s nimi. Je-li pacient nebo rodič dítěte informován o léčbě, účincích léků, plánovaných vyšetřeních a o prognóze, tak snáší nemoc klidněji (Šamánková, 2011).

1.1.1 Potřeby dítěte a jejich klasifikace

Všechny děti mají většinu potřeb společných, ať se jedná o potřeby tělesné či psychické. Tyto potřeby musí být naplňovány s ohledem na vývojové období dětí, aby odpovídaly maximálně jejich možnostem. Klíčovou úlohou ve vývoji dítěte se stává několik prvních let života, protože v žádné jiné životní etapě se člověk nevyvíjí tak rychle a není tak závislý na okolí. Prvořadým úkolem rodičů a zdravotníků je tyto potřeby uspokojovat (Sikorová, 2011).

Potřeby dětí lze shrnout do několika kategorií. Nejznámější hierarchii potřeb, která vychází z teorie motivace, klasifikoval v roce 1962 americký psycholog Abraham H. Maslow. Prvním jeho zjištěním bylo, že málokdo dosáhne motivačního klidu. Druhým zjištěním, že pořadí různých motivů a pohnutek není náhodné, lidské motivy jsou hierarchicky uspořádané a jejich místo v hierarchii je definováno mírou naléhavosti, síly či priority (Maslow, 2014).

Maslow vymezil nižší potřeby, do kterých řadíme fyziologické potřeby a potřeby jistoty a bezpečí a dále vyšší potřeby, kam patří potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, potřeby estetické a na nejvyšším stupni potřeby seberealizace. Tyto potřeby jsou graficky znázorněny v Pyramidě potřeb v příloze č. 1 (Trachtová, 2013). Pokud má jedinec dostatečně uspokojenou základní potřebu, pak může uspokojit další vyšší potřeby, což by mělo vést k větší spokojenosti (Robert, Jennifer, 2013). Vyšší potřeby se objevují později ve vývoji člověka. U novorozenců

dominují fyziologické potřeby hladu a žízně a také potřeby bezpečí. Mladší děti jsou ovládnuty potřebami bezpečí a lásky, u starších dětí nastupují potřeby uznání. Na začátku adolescence se setkáváme s potřebami seberealizace. Uspokojení vyšších potřeb vede k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života (Trachtová, 2013).

Podle Allena a Marotze (2002) je možné základní potřeby rozdělit na tělesné, psychické, potřeby učení, úcty a sebevědomí. K tělesným potřebám se řadí přístřeší a ochrana, jídlo přiměřené věku, teplo, ošacení, preventivní zdravotní a zubní péče (v případě potřeby léčba tělesných a psychických potíží, čistota a odpočinek). K psychickým potřebám náleží láska a důslednost, bezpečí a důvěra, přítomnost rodičů a pečujících, kteří spolehlivě reagují na potřeby dítěte. Dále pak reciproční výměna – od nejranějšího dětství se dítě setkává s dáváním a bráním, čímž se v něm posiluje schopnost citlivě vnímat a reagovat, a správná očekávání dospělých – znalost rodičů o daném vývojovém stupni dítěte, co dítě dokáže zvládnout a co ještě ne. Také přijímání kulturních, etických a vývojových odlišností, kterými se dítě vyznačuje. Potřeba učit se se chápe jako přístup ke hře podle chuti dítěte, přístup k adekvátním zkušenostem a hracím materiálům, tak aby dítě nebylo přehlceno. Dítěti má být umožněno dělat v učení chyby bez trestů a získávat komunikační dovednosti. Dítě má potřebu vzoru chování. K potřebě úcty a sebevědomí patří vstřícné a vlídné prostředí, ve kterém je dítě povzbuzováno a oceňováno. Důležité je ocenění jakéhokoliv i drobného úspěchu nebo pouhé části komplexního úkolu, který dítě zvládlo. Rovněž tak podpora kladného sebehodnocení (Sikorová, 2011).

Základní potřeby dětí se pokusil rozdělit také Dunovský (1999), který je dělí na biologické, psychické, sociální a vývojové. K biologickým potřebám náleží zejména potřeba potravy, potřeba základních hygienických požadavků – tj. dostatek tepla, čistoty, ochrany před negativními vlivy životního prostředí, potřeba obranyschopnosti, dostatku adekvátních stimulů podněcujících a rozvíjejících dětský organismus, a to v oblasti nervové soustavy, lokomočních aktivit a následně psychických a komunikačních aktivit. Dále pak potřeba zdravého vývoje – preventivní a komplexní zdravotní léčebná péče, včetně rehabilitační.

Uspokojování psychických potřeb navazujících na biologické potřeby a vázaných na sociální potřeby umožňuje dítěti rozvoj v oblasti intelektu, citů, vůle, chování, interakce s okolím, chápání sebe a ostatních. K psychickým potřebám dětí náleží potřeba přívodu podnětů, smysluplnosti světa, což znamená, že podněty, které dítě přijímá, by měly mít určitý řád a smysl. Potřeba jistoty je optimálně uspokojována

matkou, ke které si dítě utváří specifický vztah a následně kterého si utváří vztahy další. Potřeba vlastní identity se projevuje tím, že si dítě vytváří představu o své vlastní osobě podle toho, jak ho vnímají jeho nejbližší. Potřeba otevřené budoucnosti a emocionální potřeby umožňují dítěti prožívat pocit důvěry a bezpečí v blízkosti známých lidí, v raném věku především v blízkosti matky (Dunovský, 1999).

Sociální potřeby dítěte a jejich uspokojování jsou nezbytné pro optimální socializaci člověka. Patří k nim potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí dítěte, potřeba identifikace s „vlastním člověkem“, potřeba rozvinutí všech sil a schopností, překonávat překážky a osvojit si zdravý životní styl (Sikorová, 2012).

Velmi důležitou roli v životě člověka hraje také spiritualita, ať jde o některé tradiční náboženství nebo o spiritualitu, která nevychází přímo z náboženského proudu. Touha vztahovat se k hodnotám, které člověka přesahují, o které se může opřít, dává životu konečný smysl (Langmeier, Krejčířová, 2006). Spirituální potřeby vyvstávají nejčastěji v období dospívání, při hledání vlastní identity, přemýšlení o smyslu vlastní existence, umírání a smrti (Sikorová, 2012).

1.1.2 Neuspokojování potřeb dítěte

Jsou-li základní a vyšší potřeby dítěte již od nejranějšího věku uspokojovány, projeví se to pozitivně v oblasti nálady, emocí, motivace, komunikace a sociálních vztahů a sebevědomí. Takové dítě je veselé, má zájem o činnosti, projevuje se spontánně a otevřeně, věří si, nebojí se nových situací a úkolů, k druhým projevuje empatii. Dokáže přijímat kritiku, věří, že chyby se dají napravit, prosazuje svá práva a nápady. Vyjadřuje se bez zábran, naslouchá, argumentuje, je soustředěné, projevuje zvědavost, má tvořivé nápady, má svůj názor a úsudek (Sikorová, 2012).

Pokud některá potřeba není uspokojována, reaguje dítě prožitky nedostatku a omezování. Tento stav je označován jako frustrace. Dítě od narození cítí, že mu něco, co potřebuje, chybí. Dospělý jedinec dovede určit a nazvat příčinu frustrace, ale dítě zpravidla do 12 let to většinou nedokáže. Lze to odhalit ze změn chování v oblasti emocionální, komunikační a v oblasti sociálních vztahů (Sikorová, 2011).

U frustrovaného dítěte dochází ke změnám v oblastech emocí, nálady a motivace, dítě je apatické, pasivní, lítostné až plačtivé, bojí se nových situací, neprojevuje zájem o činnost. Nudí se, nebo je naopak agresivní, neklidné, vyhledává konflikty a chová se provokativně. V oblasti sebepojetí a sebedůvěry je dítě

nevyrovnané, nemá realistický obraz o sobě, jeho projevy kolísají od sebepřeceňování k podceňování. Chová se nezodpovědně, nepřijímá kritiku, nenapravuje své omyly, žaluje a žárlí, může se vychloubat. V oblasti komunikace a spolupráce nekomunikuje nebo nespolupracuje, často odmlouvá, vymlouvá se, dovede ostatním kazit práci, vyhýbá se úkolům, podílí se na šikaně. V oblasti poznávacích funkcí je nesoustředěné, nepamatuje si věci, nemá zájem o poznání a učení, podléhá každému rozptýlení (Sikorová, 2012).

Závažnějším důsledkem neuspokojování potřeb dítěte je deprivace, která vzniká, když dítěti nejsou uspokojovány dlouhou dobu jeho základní psychické potřeby. Deprivace ohrožuje duševní zdraví a psychický vývoj dítěte. Může se vyskytovat u dětí, které nepoznaly matku, u dětí z dysfunkčních rodin, u podceňovaných nebo takových dětí, na které rodiče nemají čas. Citová deprivace se může projevovat opožděním ve vývoji, regresí, agresivitou, oploštělými emocemi, citovou labilitou, obezitou, pasivitou, nechutenstvím (Sikorová, 2012).

Podle míry deprivacních vlivů rozlišujeme deprivaci senzorickou, která je vázaná na nedostatek smyslových podnětů, deprivaci emoční, související s citově chladným prostředím, deprivaci intelektovou při nedostatku podnětů, které podporují rozvoj intelektových schopností a deprivaci sociální, která nastává odloučením od rodiny (Trutková, 2007, Ondriová 2016).

1.1.3 Nadměrné uspokojování potřeb

Co by se stalo, kdyby potřeby člověka byly naplněny v maximální míře, kdyby si člověk nemusel dělat starosti s penězi, měl vždy dostatek potravin a nemusel pracovat, zkoumal v 70. letech minulého století americký vědec John Calhoun. Uskutečnil pokus na 25 myších, kterým poskytl vše, co by si mohly přát. Pokusné myši byly umístěny do dokonalého příjemného prostředí, kde měly neomezené množství potravin, ochranu před nemocemi a predátory. Vybuodoval v nich tedy pocit naprostého klidu a bezpečí. Místo toho, aby se ale myši těšily z blahodárného života, všechny zemřely.

Na počátku experimentu se myši rychle množily, ale od 316. dne se začaly množit méně. Došlo k problémům integrace a docházelo mezi nimi k útokům. Vědci přišli na to, že se starší generace myší rozhodla nedat přednost mladším. Začalo to psychicky dopadat na samce, kteří přestali mít zájem o rozmnožování a žili mimo

společenství a nebyli schopni interakce s okolím. Následně se mezi nimi objevila hyperaktivita, patologická plachost a kanibalismus. Situace měla dopad i na samice, které se staly agresivní vůči svým dětem. Řadu z nich dokonce zabily a odmítly přicházet do kontaktu s ostatními. Nakonec začaly zabíjet jakoukoli narozenou myš a všichni vymřeli. Tento děsivý pokus přinesl několik překvapivých objevů. Calhoun zjistil, že existují dva druhy smrti, duchovní, která myš psychicky zlomí, kdy dělá jen to nejnужnější, tedy spí a jí. Druhým typem je smrt fyzická, která následuje po psychické. Experiment převedl na lidskou populaci a zjistil, že lidský život probíhá v neustálém napětí a stresu, což je pro jeho zachování nezbytné. Pokud by totiž měli muži snadný život, ztratili by své pravé mužství a také by zemřeli (EuroZprávy.cz, 2018).

1.1.4 Potřeba jistoty a bezpečí

Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyhnout se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu dítěte po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti a potřebu ekonomického zajištění (Sikorová, 2011).

Jistota a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby související s přežitím a snahou vyhnout se ohrožení. Maslow (1962) řadí jistotu a bezpečí v pyramidě potřeb na druhé místo, hned nad potřeby biologické. Reakce na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí se u dětí projevuje pláčem, křikem, útekem. Dospělý člověk zvládá neuspokojení této potřeby svými vlastními kompenzačními mechanismy, které mohou být pro něho i pro okolí prospěšné i neprospěšné. Může reagovat agresí, únikem, izolací nebo racionalizací (Trachtová, 2013).

Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb uvedeny v Listině základních práv a svobod (1992). Píše se v ní, že člověk má právo na život, jistotu, svobodu osobnosti a sociální jistoty. Dále tato listina uvádí, že každý člověk má nárok na životní úroveň, která jemu a jeho rodině zajistí zdraví a spokojenost. Má právo na jistotu v případě nezaměstnanosti, nemoci, stáří a invalidity (Listina základních práv a svobod, 1992).

Za péči o dítě, jeho ochranu a dobrý vývoj zodpovídají především jeho rodiče. Skutečný pocit bezpečí je zajišťován nejprve matkou, později rodinou, která podporuje citový rozvoj dítěte. Dobrý vztah mezi matkou a malým dítětem je charakterizován silným emočním poutem, snahou být si co nejvíce nablízku. Činitelem jistoty a bezpečí je stálost prostředí a stálost osob, které o dítě pečují. Pro pocit bezpečí je důležité

dodržování stanovených pravidel a denního režimu. Pokud je výchova chaotická, bez pravidelného řádu, pocit bezpečí je u dětí ohrožen (Sikorová, 2011).

Ve školním období může docházet ke vzniku pocitu nejistoty při neúspěchu dítěte ve škole. V pubertě se může objevit nejistota spojená se změnami tělesné stránky a hádkami s rodiči nebo sourozenci. Pocit jistoty a bezpečí je u dítěte výrazně narušen také při návštěvě zdravotnického zařízení (Sikorová, 2011).

Potřebu jistoty a bezpečí rozdělila Sikorová (2011) ještě do dalších kategorií:

- potřeba ochrany zdraví,
- potřeba soběstačnosti a sebeděče,
- potřeba míru a klidu,
- potřeba vyhnout se ohrožení (Sikorová 2011).

- **Potřeba ochrany zdraví**

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám člověka. Uchovávání a rozvíjení zdraví je jednou z priorit každého jedince (Machová, Hamanová, 2002).

Podle Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR) patří k nejvýznamnějším zdravotně škodlivým složkám životního stylu kuřáctví, nevhodně složená strava, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, nadměrná konzumace alkoholu, drogová závislost a nevhodné sexuální chování (Salačová, 1994).

Zdravý porod je základem zdravé budoucnosti dítěte i matky. Zdraví novorozence je závislé na dobrém zdravotním stavu a životním stylu jeho matky. První rok života má klíčový dopad na zdravý tělesný a duševní vývoj dítěte. Dětská sestra by měla matku poučit, jak dítěti zajistit potřebu bezpečí v domácím prostředí, jak připravit stravu a manipulovat s ní, jak zajistit hygienické požadavky dítěte. K základním preventivním opatřením v životě dítěte patří očkování, které je dané očkovacím kalendářem, vycházejícím z vyhlášky č. 537/2006 Sb. Další nenahraditelnou součástí preventivní péče o dítě je absolvování pravidelných preventivních lékařských prohlídek (Sikorová, 2011).

- **Potřeba soběstačnosti a sebeděče**

Potřeba soběstačnosti a sebeděče v širším slova smyslu znamená také péči a zodpovědnost jednotlivce o své zdraví a pohodu, zahrnující péči o sebe, svou rodinu, přátele v blízkém okolí a lokální komunitě ve smyslu zachování dobrého tělesného

a duševního zdraví, saturaci psychických a sociálních potřeb, prevenci onemocnění a úrazů, správné užívání léků a návrat zdraví a pohody po překonání akutní nemoci nebo po propuštění z nemocnice (Bóriková a kol., 2008).

Zvládání sebeobslužných dovedností a vytváření správných návyků souvisí s celkovým vývojem dítěte, motorikou, vizuomotorikou a osobnostními charakteristikami. Může být ovlivněna zdravotním stavem dítěte, životními zkušenostmi a schopností rodičů vzdělávat se v péči o dítě (Sikorová, 2011).

- **Potřeba míru a klidu**

Potřeba míru a klidu zahrnuje také tendenci vyhnout se stresu. Po velkém stresu nebo traumatické události se mohou objevit psychické poruchy, které odpovídají posttraumatické stresové poruše. Ta se rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí (Malá, 2007).

Dítě může být traumatizováno násilím v rodině, sexuálním zneužíváním, tělesným a psychickým týráním, rozvodovými spory. Stresováno bývá také událostmi jako je stěhování, příchod nového partnera rodiče, nevlastního sourozence apod. Zvláště zatěžující je pro dítě, když se mu rodič svěřuje se svými problémy a žádá od něj pochopení a útěchu. V důsledku trvajících stresu narůstá u dítěte napětí a úzkost, což vede ke zhoršení koncentrace a poklesu školního výkonu. Dítě je následně trestáno a jeho výkonost opět klesá (Sikorová, 2011).

Jednou z vysoce stresujících situací je přehnaná přísnost rodičů a školní zátěž. Zdrojem nepřiměřené školní zátěže může být nerespektování biologického kolísání výkonnosti, nerespektování schopnosti koncentrace, nedostatek odpočinku, četnost domácích úkolů, mezilidské vztahy ve škole a požadavky rodičů na školní výkon (Sikorová, 2011).

Susan Wechter (2014) zkoumala vnímání stresu u hospitalizovaného dítěte ve věku od sedmi do devíti let, a to prostřednictvím techniky kreslení a vyprávění. V její studii bylo osloveno třicet dětských pacientů ve velké dětské nemocnici v Midwestu. Děti se podrobily pohovoru pomocí techniky „nakresli a vyprávěj“ zaměřené tak, aby se u nich vyvolalo vnímání stresu v souvislosti s hospitalizací. Při analýze došla k několika závěrům: stres dětí je vyjádřen prostřednictvím jejich strachu, obav, nepohodlím a smutkem. Dětem se má pozorně naslouchat, chtějí vědět, co se od nich očekává a být informovány o tom, co mají dělat. Potřebují mít časovou představu, kdy se mohou navrátit domů.

- **Potřeba vyhnout se ohrožení**

Základem potřeby vyhnout se ohrožení je předcházení úrazům. K nejčastějším úrazům u dětí patří pády, popáleniny, aspirace a otravy. V období dospívání také sportovní úrazy. Děti a dospívající jsou rovněž ohroženi zneužíváním návykových látek (Kalina et al., 2008).

Úrazy jsou zpravidla doprovázeny bolestí, která je vždy subjektivní nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče a zdravotnický personál. Každý má svou představu o míře bolesti, představa dospělého člověka se často rozchází s pocity dítěte. Sestry mají v léčbě bolesti nezastupitelnou úlohu. Tráví u lůžka pacientů delší čas než lékaři a mají zpravidla s dětskými pacienty a jejich rodiči bližší vztah. Sestry by měly u svých pacientů bolesti předcházet, musí umět včas rozeznat její projevy, správně vyhodnotit a zahájit léčbu a hodnotit její účinnost (Kalousová, 2008).

Prožívání, projevy a zvládání bolesti se liší v různých fázích dětského věku. Ve školním věku jsou děti schopné vyjadřovat bolest verbálně i neverbálně, ti starší mohou bolest i tajit nebo popírat (Sedlářová, 2008).

U dětí školního věku je diagnostika intenzity prožívané bolesti jednodušší, neboť mají rozvinutější verbální schopnosti. Mnohé údaje o bolesti lze získat rozhovorem. Sestra by se měla dítěte zeptat, zda někomu sdělí, když ho něco bolí. Měla by se dozvědět, co dítě chce, aby pro něho udělali ostatní lidé a co naopak nechce, aby udělali, když ho něco bolí. U školních dětí se dají k určení intenzity bolesti používat vizuální analogové škály, nejvhodnější je slovně grafická. Existuje i barevná analogová škála se stoupající intenzitou od žluté do rudé barvy. Často jsou voleny také škály, které jsou složeny z obličejů odrážejících změny mimiky podle intenzity bolesti. Dítě volí obličej, který nejlépe vyjadřuje jeho bolest (Mareš, 2007; Dvořáčková, 2010). U dětí, které nemluví, může sestra ke zjištění bolesti použít škály CHEOPS, FLACC nebo NIPS (Kalousová, 2008).

Chybné je posuzovat dětskou bolest pouze podle fyziologických a behaviorálních ukazatelů. A to dokonce i u dětí, které jsou schopny subjektivního posouzení. Pro sestru je zřejmě pohodlnější a rychlejší posuzovat bolest podle změn chování dítěte, zaujímání polohy těla a svalového napětí, než podle slov dítěte nebo jeho rodičů. Jsou ale známy případy, že dítě trpící bolestí nemusí plakat, nemusí zaujímat protektivní polohu. Může si hrát, dívat na televizi a povídat si, aby na bolest zapomnělo (Mareš, 2007).

K léčbě bolesti jsou u dětí využívány jak nefarmakologické, tak farmakologické prostředky. K nefarmakologickým patří poskytnutí jistoty a bezpečí. Úkolem sestry při plánování invazivního výkonu je respektovat specifické potřeby a vývojové zvláštnosti dítěte a zajistit mu komfortní prostředí. Pokud je výkon bolestivý, je potřeba o tom dítě a rodiče informovat. Příprava, která proběhne moc brzy nebo příliš pozdě, může zvyšovat úzkost a stres. Bolestivé výkony se mají provádět mimo pokoj nebo postýlku dítěte. Obojí by mělo dítě vnímat jaké bezpečné místo. Při plánování invazivního výkonu, jakým je např. odběr krve, může sestra výkon dítěti demonstrovat na panence (Sikorová, 2011).

K dalším nefarmakologickým strategiím tišení bolesti patří odvádění nebo rozptylování pozornosti pomocí knih, hraček, hudby či filmu. Dále lze využít rytmus dýchání, počítání, hluboké dýchání, masáž nebo jemné dotyky. Relaxační a imaginační techniky jsou vhodné u dětí, které jsou již schopny abstraktně uvažovat. Děti si představují příjemné okamžiky a bolest snáze překonají. Vhodnou metodou je také poslech anxiolytické hudby¹, která snižuje vnímání úzkosti a bolesti (Sikorová, 2011).

Některé děti bolest popírají z obavy, že kdyby ji přiznaly, dostanou injekci, které se bojí, nebo bude následovat jiný nepříjemný bolestivý zákrok. Raději tedy bolest a jiné tělesné pocity zamlčují a trpí. Jindy se mohou bát, že přiznáním bolesti nebo jiných zdravotních potíží způsobí rodičům starosti, rodiče budou nešťastní nebo se na ně dokonce rozzlobí a zakážou jim třeba sledovat televizi nebo hrát na počítači. Děti, které bolest přemáhají, může prozradit jejich změněné chování – přestávají se smát, nehrají si, nechutná jim jíst apod. (Raudenská, 2002).

1.1.5 Uspokojení potřeby jistoty a bezpečí v rodině

Domov zpravidla dítěti poskytuje pocit jistoty, bezpečí a pohody, kam se může vždy vrátit. Domov je místo, kde se může dítě svým blízkým svěřit se svými starostmi a radostmi. Dětská sestra by měla i při hospitalizaci dítěte podporovat a posilovat schopnost rodiny rozvíjet fenomén „rodinného hnízda“. V roli ochránce dítěte může na rodiče pozitivně působit, protože spolu s lékařem má obvykle větší autoritu než kdokoli

¹ Taková hudba dokáže například zklidnit dechovou frekvenci či srdeční rytmus, což napomáhá k uvolnění a zklidnění se. Svým tempem a pulzací by měla odpovídat srdeční aktivitě (50 – 70 tepů/min.), její rytmus by měl být plynulý, neměly by se v ní vyskytovat kontrasty a její dynamika by se měla měnit jen minimálně.

jiný. Pokud se sestra seznámí s rodinou důkladně, zjistí jejich životní prostředí, zdravotní stav, zaměstnání a rámcovou finanční situaci, tak jí to pomůže lépe pochopit její potřeby. Dobře fungující rodina nejlépe ze všech sociálních prostředí uspokojuje základní psychické potřeby dítěte. Dobré rodinné zázemí pomáhá dítěti překonat těžké životní situace. Fungující zdravá rodina se vyznačuje dobrou komunikací a vzájemným nasloucháním, sdílením, respektováním, důvěrou, společnými činnostmi, humorem a respektem k soukromí (Sikorová 2012).

Odloučení od rodiny kvůli nutné hospitalizaci nese většina dětí špatně. Dostávají se do nového, pro ně tajemného prostředí bez citové podpory blízkých osob. Cítí se opuštěně, traumatizované prostředím, zpravidla se jim nedaří navázat citový kontakt s personálem, cítí se zklamaně a odtrženě. Je prokázáno, že přijetí dítěte na oddělení s matkou, někdy i s otcem, mělo pozitivní vliv na rychlejší průběh léčby a uzdravení dítěte (Zacharová, 2017).

Bsiri-Moghaddam a kolektiv (2011) vedli zajímavou studii Koncepce hospitalizace dětí z pohledu rodičů a dětí. Jejich cílem bylo odhalit obraz významu hospitalizace u dětí, ukázat zkušenosti a chování hospitalizovaných dětí a objevit význam a pochopení hospitalizace. Výběrovou skupinu tvořilo 12 dětí ve věku 7 - 11 let a jejich rodiče (celkem 8), kteří byli hospitalizováni v průběhu studie na dětském a chirurgickém oddělení v Khordadu v Íránu. Autoři studie došli k závěru, že zkušenosti s hospitalizací u dětí lze považovat za proces úsilí k návratu ke zdraví a k získání původního postavení a role jednotlivce. Sestry mohou ulehčit tento proces tím, že podle svých bohatých zkušeností pomáhají dětem přizpůsobit se jejich novému prostředí (Bsiri-Moghaddam, et al., 2011).

1.1.6 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí

Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí dítěte jsou fyziologicko–biologické, psychicko–duchovní, sociálně–kulturní a environmentální. Podrobně je uspořádala Trachtová v roce 2013.

Významnou roli ve vztahu k potřebě jistoty a bezpečí hraje věk dítěte a jeho vývojové stádium. Dalšími ukazateli jsou adaptační mechanismy a způsoby zvládání stresových situací.

V novorozeneckém a kojeneckém období se matka stává pro dítě největším zdrojem jistoty a bezpečí, dítě potřebuje být s matkou v těsném kontaktu. Dlouhodobě

neuspokojení této potřeby, např. při hospitalizaci kojenců bez matky nebo kojenců v dětském domově, je příčinou psychické deprivace dítěte. V pozdějším věku může způsobit vážné psychické poruchy.

Pro batolecí období je charakteristické postupné osamostatňování dítěte. Dítě se začíná matce vzdalovat, ale ta je stále jeho hlavním zdrojem jistoty a bezpečí. Batolata si nedokáží ještě hrát s ostatními vrstevníky, proto častý kontakt s nimi není nezbytný. Dítě má být stále s matkou.

Dítě v předškolním věku zůstává dále závislé na svých rodičích. Kladný vztah k rodičům tvoří základ pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Vztahy k druhým dětem jsou zatím přelétavé a málo trvalé.

V mladším školním věku je zdrojem jistoty a bezpečí stále rodina, avšak autorita rodičů se rozšiřuje o autoritu učitele. Při velkých požadavcích rodičů či nesprávném přístupu učitele může dítě prožívat intenzivně pocity nejistoty. Zdrojem strachu a úzkosti je úspěšnost či neúspěšnost ve škole.

Ve starším školním věku se dítě dostává do puberty a dochází u něho k citové disharmonii. Rodina hraje opět důležitou roli, a pokud jsou v ní vztahy neharmonické nebo rodiče nedokáží dobře porozumět svému dítěti, hledá oporu a jistotu u svých vrstevníků, v extrémních situacích v partách s asociálním chováním.

V období adolescence je uspokojování potřeby jistoty a bezpečí závislé na úspěšnosti ve studiu, v zaměstnání a na ekonomickém zajištění. Velkou roli hrají vztahy v rodině, s vrstevníky, přátelské a partnerské vztahy.

Značné rozdíly jsou i v typologii osobnosti. Introvertní člověk bude získávat pocit jistoty a bezpečí mnohem déle než extrovert (Trachtová, 2013).

Pocit jistoty a bezpečí se získává také opakováním známých rituálů, dodržováním pravidel a denního režimu. Existují děti více a méně úzkostné, ale i děti, které se obávají každé drobné změny v jejich životě. Pocity úzkosti a nejistoty se zvýrazňují v nočních hodinách a není zvláštností, že děti přijdou v noci do postele svých rodičů, kde očekávají bezpečí (Sikorová, 2011).

Důležitým faktorem jistoty a bezpečí jsou životní podmínky a prostředí. Zhoršující se životní prostředí, kontaminace chemikáliemi a biologickými látkami ohrožuje zdravotní stav obyvatel. Stoupající počet drogových a alkoholových závislostí a s ním stoupající počet zanedbávaných lidí, žijících na okraji společnosti, vede ke strachu a pocitu beznaděje. Významnou roli v zabránění negativních vlivů zaujímá

správná výchova, protidrogová osvěta ze strany pedagogů a mapování závislosti pacientů zdravotníky (Trachtová, 2013).

1.2 Adaptační období dítěte na nemocniční prostředí a spolupráce s rodinou

1.2.1 Charakteristika dětského věku

Dětství charakterizuje vývojovou etapu lidského jedince od narození po dospělost. Dělí se na období novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk a adolescence. V jednotlivých obdobích se hodnotí normalita tělesného vývoje dítěte, schopností jeho motoriky, myšlení, řeči, později kresby, vnímání, fantazie a představitosti.

- **Novorozenecké období**

Novorozenecké období trvá od narození dítěte (přerušení pupečníku) do 28. dne jeho života. Dítě se adaptuje na zcela nové prostředí mimo dělohu matky a vývoj závisí na přísunu podnětů (Vágnerová, 2012).

Donošený, fyziologický novorozenec má zpravidla vyvinuty základní nepodmíněné reflexy, které mu umožňují vyrovnat se s požadavky nového životního prostředí. Spontánní pohyby jsou u něho sice ještě trochu omezené, neudrží hlavičku v ose těla, i když s ní otáčí ze strany na stranu, ale chuť, čich a hmat má vyvinut velice dobře. Pomocí těchto smyslů dokáže rozeznat vlastní matku (Langmaier, 1998).

Zdravý novorozenec je schopen se učit, hledá souvislosti a získává z nich zkušenosti. Umí dávat najevo své potřeby, tíseň, strach i citové rozrušení (Wedlichová, 2016).

- **Kojenecké období**

Kojenecké období začíná ukončeným prvním měsícem a končí 1. rokem života dítěte. Z ležícího miminka se stane samostatně se pohybujícím. Kojenec se postupně učí ovládat hlavičku, trup a končetiny i s jednotlivými prsty. Nejprve se u něho utváří dlaňový úchop, aby se v 8. měsíci rozšířil o nůžkový (nastává opozice palce). Kolem 6. měsíce se u dítěte objevuje strach z cizích lidí a separační úzkost. Dochází také k rozvoji řeči, od 3. měsíce si kojeneček začíná broukat a posléze i žvatlat, otáčí se za zvukem a za pečujícím. Z dříve nediferencovaného protosociálního chování se fixuje na

blízké osoby (Thorová, 2015). Láska a bezpečí jsou pro kojence životně důležitými potřebami (Leifer, 2004.).

- **Batolecí věk**

Batolecí věk zahrnuje dobu od 1. ukončeného do 3. roku života dítěte. Vývoj v tomto období lze považovat za bouřlivý. Během dvou let se z dítěte zcela závislého na péči rodičů stává samostatně se pohybující dítě, schopné mluvit, jíst a zvládat základní sebeobsluhu. Mezi 2. a 3. rokem umí běhat, skákat a chodit do schodů. Začíná napodobovat zvuky a chování lidí a zvířat, zlepšují se jeho motorické dovednosti, dokáže postavit komín, ve třech letech navleče korálky na šňůrku, učí se držet tužku a kreslit. Mezi 18. - 24. měsícem je dítě schopno si uvědomit vlastní osobu. Ještě ale nedokáže kontrolovat své emoce, a říká „ne“ všemu, co mu někdo vnucuje, jde o období vzdoru. Charakteristické jsou také i několikaminutové návaly vzteku. V kolektivu vrstevníků se objevuje egocentrismus, ale zároveň i zájem o ostatní. Separační úzkost a strach z cizích lidí vrcholí okolo 15. měsíce, následně pak klesá. Rozvíjí se kognitivní dovednosti, nastupuje symbolické myšlení a řešení vzhledem (Thorová, 2015).

- **Předškolní věk**

Předškolní období trvá přibližně od 3 do 6 let. Konec této fáze je určen nástupem dítěte do školy. Charakteristické pro toto období je postupné uvolňování vázanosti na rodinu a rozvoj aktivity. Dítě si osvojuje běžné normy chování. Myšlení je názorné, intuitivní, egocentrické, rozvíjí se fantazie. Svůj názor vyjadřuje dítě v kresbě, vyprávění nebo ve hře. Zdokonaluje se řeč, zlepšuje se výslovnost, narůstá slovní zásoba, časté jsou otázky typu „proč?“. Předškolní děti si uvědomují rozdíl obou pohlaví, znají obsah chlapecké a dívčí role. Rozvíjí se mezi nimi schopnost soupeření, sebeprosazení i spolupracování (Vágnerová, 2000).

Dětskému chování je nutné stanovovat meze. Vzbuzuje to pocit jistoty, chrání děti před nebezpečím. Hlavním zájmem je hra, příznačná je imaginativní (Leifer, 2004.).

- **Mladší školní věk**

Tato věková kategorie bude popsána podrobněji, protože se týká respondentů v praktické části této práce. Pro dítě mladšího školního věku (přibližně 6 – 11 let) je charakteristická větší rozumová zralost a schopnost logických operací. Dítě se učí

nejprve za pomoci dospělého, později dokáže už samo věci prozkoumávat, přemýšlet o nich a posuzovat je. Život dítěte je v mnoha případech závislý na jeho vstupu do školy a jeho úspěchu při učení. Je od něj vyžadován výkon, dochvilnost, podřízení se řádu školy. Hodnocení je pro něj hodně důležité, dodává mu sebevědomí a chuť pokračovat (Špaňhelová, 2008).

Školák je plně zaměřen na to, co je a jak to je. Chce pochopit okolní svět, stále více se zajímá o knihy, které ho poučují o věcech. Dává přednost realistickým kresbám (Langmeier, 2006). Je důležité s ním mluvit o poznaných informacích. Abstraktní pojmy si v tomto věku ještě nedovede představit. Potřebuje vysvětlení a konkretizaci pojmů. Toto období se také označuje jako naivní realismus, kdy dítě věří tomu, co mu rodič nebo učitel řekne (Špaňhelová, 2008).

U dítěte v mladším školním věku má nezastupitelné místo hra, která je spíše konkrétnější, složitější, má svá pravidla a dítě se musí naučit také prohrávat a radovat z výhry druhého. Hra rozvíjí jeho sociální dovednost, kreativitu, postřeh a tělesnou zdatnost (Špaňhelová, 2008).

Hrubá i jemná motorika se v tomto věku stále zlepšuje, pohyby jsou rychlejší, svalová síla větší. Zlepšuje se i psaní a kreslení. Smyslové vnímání se rovněž vyvíjí, dítě je pozornější, vytrvalejší, stává se pečlivějším a všechno důkladně zkoumá. Výrazně se vyvíjí také řeč, rozšiřuje se slovní zásoba, délka a složitost vět. V tomto věku je pro dítě důležitá četba, která mu pomáhá rozvíjet slovní zásobu a formovat obrazotvornost. Rychlý vývoj řeči podporuje rozvoj paměti, dítě dovede lépe reprodukovat naučenou látku (Langmeier, 2006).

Na začátku mladšího školního věku je dítě již schopno logických operací. Logické usuzování se týká věcí a jevů, obsahů, které si lze názorně představit. Na konci tohoto věkového období, kolem jedenácti let, je dítě schopné již vyvozovat soudy (Langmeier, 2006).

- **Starší školní věk**

Starší školní věk je časově vymezen mezi 11. - 15. rokem. Je završen ukončením povinné školní docházky, volbou profesního směřování a získáním občanského průkazu. Nejnápadnější změnou je tělesné dospívání s pohlavním dozráváním, dívky dospívají dříve než chlapci. Dochází ke změně způsobu myšlení, rozvíjí se myšlení abstraktní (Vágnerová, 2012). Děti staršího školního věku se začínají separovat od rodiny, volný čas tráví se skupinou vrstevníků, kteří mají podobné zájmy (Leifer, 2004).

Mění se vztah k učiteli, žáci mají tendenci učitele provokovat, polemizovat s ním, začíná se objevovat negativismus a odmítání požadavků učitele (Vágnerová, 2012).

- **Adolescence**

Dospívání má dvě fáze: ranou adolescenci (popsanou výše) a pozdní adolescenci, která trvá přibližně od 15 do 20 let. Pozdní adolescence je vymezena pohlavním dozráním (Vágnerová, 2012). V této fázi života dochází k formování vlastní identity, separaci od rodiny, počátku intimních vztahů a volby povolání. Vztahy s přáteli jsou pro dospívajícího důležité, ovlivňují jeho chování. S rodiči se často dostává do konfliktu. Zlepšuje se kritické a abstraktní myšlení. Adolescent je obvykle emotivní, impulzivní, náladový, náchylnější k rizikovému chování (Thorová, 2015, Leifer, 2004). V tomto období se adolescent zabývá více svým zevnějškem, zejména dívky se chtějí líbit opačnému pohlaví, začínají experimentovat s dietami, pravidelně cvičí a posilují. Ke konci adolescence dochází ke stabilitě emočního prožívání (Vágnerová, 2012).

1.2.2 Reakce dítěte na hospitalizaci

Dětská oddělení se od oddělení pro dospělé značně liší. Dětské oddělení má být navrženo tak, aby odpovídalo fyzickým, vývojovým a emocionálním potřebám dětí. Barevné povlečení a vlastní oblečení dětí dotváří domácí klima. Uspořádání oddělení zahrnuje nábytek odpovídající výšky, zvukotěsné stropy a pestré barevné řešení interiéru s dětskými motivy. Veselá a uvolněná atmosféra pomáhá překlenout rozdíl mezi domácím a nemocničním prostředím. Většina dětských oddělení má hernu, herní terapeutky nebo učitelky mateřských škol. Denní režim zajišťují dětské sestry a flexibilní rozvrh má odpovídat vývojovým potřebám dětí (Leifer, 2004).

Hospitalizace představuje pro dítě závažné odtrhnutí od domova, ztrátu blízkých, kamarádů a ztrátu pocitu bezpečí (Stupková, 2003). Dítě přichází do nemocnice mnohdy vystrašené a uplakané, bojí se lékařů, sester a cizího prostředí. Stejně vystrašení bývají i jeho rodiče, proto vlídné slovo sestry a chápající pohled lékaře je pro ně nejlepší útěchou (Raudenská, 2002).

Jak je vnímaná kvalita života a zdraví hospitalizovaných dětí zkoumala Francisca Gonzalez-Gil v roce 2008. Její šetření se týkalo subjektivního vnímání hospitalizace a zjišťování kvality života. Výsledky ukázaly, že u dětí dochází ke snížení kvality jejich života, zejména v každodenním životě a v psychickém blahu. Emocionální

stavy ovlivňují jejich kvalitu života, a tak nemocnice potřebují nějaké změny, aby lépe vyhovovaly potřebám hospitalizovaných dětí (Gonzales-Gil, 2008).

Dítě může být v nemocnici hospitalizované s rodinným příslušníkem (nejčastěji s matkou) nebo samo. Dostává se do kontaktu s novým prostředím, personálem a harmonogramem dne, na který nebylo zvyklé. Všeho se může bát. Pocit strachu bývá doprovázen vegetativními projevy, mezi které patří bledost, dušnost, tachykardie a hypertenze. Ustrašené chování může přecházet do agresivity (Lhoťan, 2016).

Reakce dítěte na hospitalizaci závisí na mnoha faktorech, jako je věk, pohlaví, osobnost, kvalita rodinného života, délka hospitalizace, omezení pohybu, neočekávané a nově ordinované lékařské a ošetrovatelské úkony, přístup a chování zdravotnického personálu, zážitky z předcházejících hospitalizací, schopnost se dorozumět a emocionální zdraví (Magacerová, 2005).

Mnoho dětí není schopné pochopit, co se s nimi bude dít, i když byly na pobyt v nemocnici důkladně připraveny. Každé dítě reaguje na hospitalizaci odlišným způsobem. Některé je náročné a má záchvaty vzteku, jiné je naopak zakřiknuté a tiché. Dítě, které je na pohled hodné, může procházet větším trápením než dítě, které pláče a navenek projevuje své pocity. Sebelépe připravená sestra nenahradí rodiče, kteří dokáží svému dítěti nejlépe porozumět (Leifer, 2004).

Adaptace dítěte na nemocniční prostředí prochází různými fázemi a je nezbytné, aby na ně zdravotníci dokázali správně reagovat a zaujmout k dítěti co nejvhodnější postoj (Kosorínová, 2003).

1.2.3 Separace a separační úzkost

Separací reakce se odvíjejí od stavu afektivity a emocionality. Chlapci snášejí odloučení od matky hůře než dívky. Projevy dítěte mohou mít obranný charakter – křik, pláč, zmatenost s trváním i několika dní (Ondriová, 2010).

Separací úzkost se projevuje již u kojenců ve věku 6 měsíců a starších, nejzřetelnější je u batolat. Separací úzkost má tři fáze: protest, zoufalství, odmítnutí nebo lhostejnost. Pokud není dítě vážně nemocné, projevuje svou opuštěnost hlasitými protesty. Batolata vytrvale pláčou, dokud neusnou vyčerpáním. Opakovaně volají svoji matku. Ve druhé fázi pláč přestává a nastupuje zoufalství. Děti jsou smutné a depresivní, pohybová aktivita je menší a před cizími lidmi uhýbají. Odmítají si hrát s hračkami. Ve třetí fázi separací úzkosti děti již nejeví zájem o rodiče a jejich

návštěvy, více si všímají okolí, hraček nebo kamarádů. Navenek se může zdát, že si dítě na pobyt v nemocnici již zvyklo (Leifer, 2004).

1.2.4 Úloha rodičů při hospitalizaci dítěte

Spolupráce s rodinou nemocného dítěte je pro zdravotnické pracovníky nevyhnutelná, protože potřebují poznat nejen individualitu dítěte, ale musí reagovat také na jeho chování a prožívání. Pokud rodina ošetřujícímu personálu důvěřuje a nestaví se negativně k hospitalizaci svého dítěte, pomáhá mu tak spolupracovat s personálem a lépe zvládnout pobyt v nemocnici (Naďová a kol., 2009).

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, matka a otec jsou pro dítě základním zdrojem jistoty a bezpečí. Odloučení od rodiny představuje pro dítě větší zdroj stresu než samotné onemocnění nebo bolest. Provází-li dítě v nemocnici matka nebo jiná blízká osoba, je to právě ona, kdo z dítěte sejme jeho starosti, strach a nejistotu. Chrání ho před nešetrnou manipulací a vysvětluje mu dění v nemocnici (Řezníčková, 2002).

Přítomnost matky nebo otce v nemocnici přispívá ke zmírnění úzkostí dítěte, k lepšímu porozumění zdravotníků dítěti, jednoduššímu vyšetřování a léčbě, upřesnění diagnózy a stanovení dalšího postupu léčby, k dřívějšímu propuštění dítěte do domácí péče, protože matka je podrobně seznámena s průběhem dalšího postupu léčby, a v neposlední řadě také k menšímu rozrušení dítěte po návratu z hospitalizace (Kristová, 2005).

Pokud není hospitalizace matky nebo jiného rodinného příslušníka z různých důvodů možná, je potřeba umožnit volnost návštěv. Rodiče jsou většinou nešťastní z odloučení od dítěte, cítí vinu. Úkolem sestry je snažit se pochopit je a hledat s nimi náhradní řešení, jako je telefonování a časté návštěvy (Řezníčková, 2002).

Otcové při hospitalizaci svého dítěte plní důležitou ochrannou roli. Vydělávají peníze pro rodinu, poskytují materiální a emoční podporu matkám a sourozencům. Stávají se aktivními účastníky v péči, dětské sestry by si měly být vědomi jejich důležitosti. Dle studie Role otců hospitalizovaných dětí jsou otcové sestrami často nedoceněni a marginalizováni. Bylo zjištěno, že nejsou vždy do péče zahrnuti jako rovnocenní partneři a rodinná péče se soustředí na matky spíše než na celou rodinu (Highman, Ruth, 2013).

1.2.5 Spolupráce sestry s rodiči

Cílem zdravotníků je pomoci rodičům, aby se aktivně podíleli na léčbě a ošetřování dítěte. Důležité je včlenit je do péče o nemocné dítě (Naďová a kol. 2009). Rodič je přijímán především jako psychická a citová opora dítěte. Očekává se od něho, že bude zajišťovat základní péči jako je hygiena a výživa. Speciální ošetrovatelské činnosti provádí většinou sestra a podle situace přenáší část výkonů na rodiče (Grym, 2001).

Podmínky dobré spolupráce zdravotníků s rodinou dítěte lze shrnout do čtyř oblastí: umožnit rodičům pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace, přijmout je jako partnery a rovnocenné spolupracovníky, umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítěte, poskytovat jim opakované a srozumitelné informace. V ideálním případě je rodič ubytován s dítětem ve společném pokoji. Některé nemocnice jsou však stavebně nevyhovující a nemají ani vyčleněný pokoj pro rodiče, ubytování poskytují na nemocniční ubytovně nebo rodiče přespávají v křesle u lůžka dítěte. Pečuje-li o dítě v nemocnici někdo blízký, měla by platit takzvaná dohodnutá péče – tedy dohoda mezi sestrou a rodiči o tom, kdo, kdy a jakým způsobem zajišťuje péči o dítě. Sestra musí během vstupního rozhovoru zjistit, co si konkrétní rodina představuje a jaké má možnosti a dovednosti. Sestra by si měla uvědomovat, že její péči a pomoc potřebuje nejen dítě, ale i jeho rodiče (Sedlářová, 2008).

Rodiče potřebují mít zachována svá práva týkající se rodičovské role. V nemocnici se ale snadno dostávají do pozice pasivního pozorovatele a ztrácejí možnost ovlivňovat dění. Trpí potom pocitem zbytečnosti a zoufalství, ztrátou sebedůvěry a pocity viny a selhání. Proto je nutné, aby je zdravotníci opravdu přijali a pochopili jejich nenahraditelnost, nabízeli jim pomoc, porozumění a emoční podporu. Rodiče potřebují vědět, že zdravotníci chápou jejich obtížnou situaci (Řezníčková, 2002).

Někdy může strach rodičů z toho, co se bude dít s dítětem, bránit ve výkonu práce lékaře nebo sestry. V případě, že se dítě obrací při vyšetřování s pláčem na rodiče, aby výkon přerušili, mohou rodiče žádosti dítěte podlehnout a zmařit tím lékařský výkon (Raudenská, 2002). V takové situaci je nutné zachovat klid a uvědomit si, že rodiče mají právo na (z pohledu zdravotníků) neadekvátní reakce a neodsuzovat je. Pro řešení náročných situací je dobré mít na oddělení místnost, kam se mohou rodiče uchýlit, mít tam klid a možnost se odreagovat (Řezníčková, 2002).

V mnoha případech je možné nechat péči o dítě plně na rodičích a zajišťovat pouze speciální odbornou péči – podávání léků, měření tělesných funkcí, odběr krve apod. Dítě má potom „svůj“ režim a je daleko klidnější, odpočatější a méně úzkostné (Řezníčková, 2002).

Ojedinele se objeví rodič, který je spíše přítěží než pomocí, a to nejen pro oddělení, ale také pro své dítě. Častými prohřešky ze strany rodičů jsou např. nedodržování dietních omezení nebo doporučení, nedostatečná hygiena, zvláštní stravovací návyky matky, neschopnost být pro své dítě oporou ani zklidňujícím faktorem. S řadou dětí je potom lepší spolupráce za nepřítomnosti rodičů (Grym, 2001).

Není také vhodné rodinu odsuzovat a zakazovat jim jejich zvyklosti. Existují různé přístupy k životu, různé typy výchovy či mezilidských vztahů a zdravotníkům nepřisluší tvrdit rodině, že jejich názory jsou jediné správné a možné. Není ani možné během hospitalizace rodiče nebo děti převychovávat (Řezníčková, 2002).

Rodiče by měli být podrobně informováni, co se bude s dítětem dít, jaké metody a léky budou použity, jaké komplikace mohou nastat a také s dítětem si o tom promluvit (Raudenská, 2002). Srozumitelné a opakované informace jsou pro rodinu a dítě základní potřebou. Při komunikaci musí zdravotníci brát v potaz, že to jsou laici, proto je důležité nemluvit s nimi příliš odborně a nabízet jim další vysvětlení. Neustále je potřeba se ujišťovat, že vše správně pochopili (Řezníčková, 2002).

Hospitalizace dítěte má vliv i na jeho sourozence. Ti se cítí opomíjeni, pocíťují vinu, nebo se jim nelíbí zvýšená pozornost k nemocnému sourozenci. Dětská sestra by měla věnovat pozornost i sourozencům dítěte, snažit se uklidňovat rodinné příslušníky a vhodně děti zabavit (Leifer, 2004).

Dítě si většinou brzy zvykne na nemocniční prostředí a díky matce se cítí spokojené. Zato matka je unavená a vysílená, je zasažena problémy a potřebuje pomoc. Proto je nutné rodičům stále připomínat, že jejich přítomnost je pro dítě nenahraditelná. Oni jsou to nejcennější, co dítě má, bez nich by situaci jen těžko zvládlo (Řezníčková, 2002).

1.2.6 Úloha sester při přijetí dítěte k hospitalizaci

Sestra musí každé dítě s ohledem na jeho věk seznámit s průběhem dne na oddělení (kdy se vstává, snídá, obědvá, večeří, kdy je čas na odpočinek a školní výuku),

se stavebním uspořádáním (kde je jeho postel, noční stolek, jídelna, koupelna, sesterna apod.) a lidmi, kteří na oddělení pracují (Gulášová, 2004).

Dojem, který sestra vyvolá, předurčuje přizpůsobení pacienta na pobyt v nemocnici, ať už v pozitivním smyslu nebo negativním. Empatie k reakcím na obavy dítěte a rodinných příslušníků ovlivňuje pozitivní zkušenost s hospitalizací. Přínosnější než vysvětlování toho, co se s dítětem bude dít, je naslouchat dítěti, když vyjadřuje své pocity a vybízet, aby se ptalo (Leifer, 2004).

Nejčastěji doprovází dítě do nemocnice jeho matka. Povinností sestry při příjmu je nejen seznámit ji s oddělením, domácím řádem a režimem oddělení, ale především ji podpořit v prvních dnech, kdy se seznamuje s diagnózou svého dítěte. Je důležité citlivě a opakovaně informovat matku o ošetrovatelské péči o její dítě, na které se bude podílet, a naučit ji správné technice ošetřování. Je nutné snažit se získat matku k aktivní spolupráci na léčbě a vzbudit v ní důvěru. Matka je dítěti nablízku ve dne i v noci, což je pro dětské pacienty, bez rozdílu věku, velmi důležité. Je ale zcela mylné se domnívat, že nepřítomností matky by ubylo sestrám na oddělení práce. Přítomností blízké osoby se práce sester stává náročnou a vyžaduje osobní vyzrálost i dostatečné zkušenosti. (Břendová, Boroňová, 2011).

Vedle zdravotní anamnézy by si sestra měla zjistit také vývojovou a sociální anamnézu dítěte, která zahrnuje rodinné vztahy, kulturní potřeby, přezdívky dítěte, rituály a zvyky v rodině, osobnost dítěte, jeho vyrovnanost a adaptabilitu, předchozí zkušenosti s hospitalizací a připravenost dítěte na hospitalizaci (Leifer, 2004).

Sestra si musí uvědomit, že je potřeba respektovat také špatnou náladu dítěte, jeho negativní citové projevy jako je pláč, vzdor, neochota spolupracovat. Tyto negativní projevy zmírní klidným přístupem, chápáním strachu dětí, úsměvem a přátelským pohledem. Sestra musí individuálně rozeznat a posoudit, co které dítě potřebuje a co mu vadí (Gulášová, 2004). Měla by si dávat pozor, aby nesdělovala před dítětem informace, kterým nerozumí, a nejednala ve spěchu. Klidný přístup a měkkost hlasu zmenšují obavy dítěte. Úzkostlivost na straně sestry způsobuje zbytečně obavy ostatních osob (Leifer, 2004).

Pobyt v nemocnici způsobuje, že se u dítěte zvyšuje potřeba lásky, jistoty a bezpečí. Tyto faktory kladou vyšší nároky na práci zdravotníků. Otevřená a pravdivá komunikace s dítětem, nabádání dítěte k rozhovoru a schopnost mu být dobrým vnímavým posluchačem, pochvala dítěte a povzbuzení jsou faktory, které zvyšují důvěru dětí ke zdravotníkům (Rapčíková, 2008).

1.2.7 Hospitalismus

Hospitalismus představuje soubor příznaků, kterými dítě nepříznivě reaguje na pobyt v nemocnici. Příčinou bývá ztráta úzkého citového svazku s rodiči, onemocnění a jeho projevy, nedostatek výchovných podnětů a stereotypní nemocniční prostředí. Čím déle je dítě hospitalizované, tím větší je pravděpodobnost vzniku tohoto stavu (Sedlářová a kol., 2008, Ondriová, 2016).

Hospitalismus se projevuje ve třech oblastech: v somatických, psychických a sociálních. Při špatné adaptaci dochází někdy k vývojové regresi, která se projevuje negativními změnami dosažených návyků. Má podobu návratu do předcházejících etap vývoje dítěte. Týká se to především řečového projevu, samostatnosti při stravování, oblékání, udržování tělesné čistoty, apod. Tyto reakce se objevují ještě i dnes a to přibližně u jedné třetiny hospitalizovaných dětí. Často se objeví i několik týdnů po propuštění z nemocnice. Nedostatek zevních podnětů může vést k neúčelným stereotypním pohybům, jako je kývání hlavy, trupu a cumlání prstů. V oblasti psychických projevů dítě reaguje depresemi, pláčem, protesty, agresí, uzavřeností, vyhýbáním se učení. Hospitalismem jsou nejvíce ohroženy děti ve věku od půl roku do čtyř až šesti let věku. Děti v tomto období pociťují odloučení od rodičů jako ztrátu lásky, trest nebo zradu. Reagují akutním strachem, uzavřeností, nekomunikují, odmítají navazovat kontakt s ostatními, nehrají si, může se objevit i agrese vůči ošetřujícímu personálu. Děti neposlouchají pokyny zdravotníků, odmítají užívat léky, nedovolí sestře píchnout injekci, nedokážou klidně ležet při vyšetření. Děti, které spolupracují, jsou zvýšeně opatrné, bojí se a jejich otázky mohou být zmatené (Závacká, 2008, Ondriová, 2016). K sociálním projevům patří pocit opuštěnosti, nechtěnosti.

Dítě obecně těžko snáší odloučení od své rodiny. Většina dětí se brání hospitalizaci, špatně se přizpůsobí novému sociálnímu prostředí. U dětí, které naopak uvítají hospitalizaci, může být tento postoj signálem úniku z nepříjemné, stresové domácí atmosféry (Ondriová, 2016).

Reakce dítěte na hospitalizaci probíhá zpravidla ve třech stádiích. První stadium je tzv. protestní – dítě je neklidné, hlasitě pláče, volá matku. Druhé stadium se projevuje zoufalstvím – dítě ztrácí naději, že matku přivolá, oplakává ji, že ho opustila, někdy se uzavírá, je tiché až depresivní. Ve třetím stadiu dochází k odpoutání, dítě potlačuje své city k matce, upoutává se na jiného pečovatele, např. na sestru, chová se k matce lhostejně, nepláče po jejích návštěvách. Po návratu domů se u dítěte objevují psychické poruchy jako nespavost, noční děsy, úzkost, problémy ve vztahu k rodičům, noční

pomočování. Pokud dítě nemá ani v nemocnici dostatek náhradní péče ze strany zdravotníků, může dojít k citovému vyhladovění (Zacharová, 2017).

1.2.8 Rezignace dětí

Podle Havlické (2017) švédští pediatři musí čas od času léčit velice apatické děti přistěhovalců, hlavně ze zemí bývalého Sovětského svazu. Porucha zvaná syndrom rezignace se vyskytuje už téměř 20 let, zatím byla ale popsána pouze ve Švédsku. Tato nemoc údajně postihuje pouze děti žadatelů o azyl. Během deseti let byly prý zaznamenány stovky případů. Děti si přestávají hrát, nakonec přestanou chodit, mluvit a dokonce i otevírat oči. Podle odborníků děti se syndromem rezignace často viděly nebo zažily extrémní násilí, často spáchané na jejich rodičích nebo musely uprchnout z velmi nebezpečného prostředí. Podle pediatra Larse Dagsona se lékaři shodují, že hlavní léčbou syndromu rezignace je dát dítěti pocit bezpečí a jistoty. Ujistit je, že v novém domově budou moci zůstat. Děti tak pocítí naději a mají pro co žít. Jiní lékaři však říkají, že děti musí především cítit lásku a péči rodičů, protože si v minulosti prožily závažné trauma. Musí vidět, že rodiče jsou schopní a ochotní se o ně postarat. Musí se vybudovat původní důvěra. Podle Annici Carlshamrové z tamější švédské kliniky v Severní Osetii trvalo vyléčení dítěte vždy maximálně půl roku. U dětí se syndromem rezignace se snaží nelékařský zdravotnický personál přivést jejich smysly zpět k životu. Hrají si před nimi, tancují, poslouchají hudbu, dokud si neumí hrát samy. I když jsou na umělé výživě, přivádějí je do kuchyně, aby cítily jídlo. Tyto děti chtějí žít a všechny předpoklady a schopnosti k tomu mají, jen zapoměly, jak na to (Havlická, 2017).

1.2.9 Role dětské sestry v prevenci hospitalismu

Významným úkolem zdravotníků je prevence hospitalismu. Ta spočívá v omezení hospitalizace nebo zkrácení doby pobytu v nemocnici na nejnutnější dobu, umožnění pravidelných návštěv, v hospitalizaci dětí s doprovodem rodičů, v úzké spolupráci s rodinou. U dětí lze v poslední době využít kromě učitelů mateřských škol i herní terapeutů nebo nemocniční klauny (Zacharová, 2017).

K preventivním prostředkům vzniku hospitalizmu patří také výchovné zaměstnávání dětí. Hospitalizované děti potřebují stimulaci řeči, mít podmínky ke hře, pohybu a aktivitě. Výchovné zaměstnávání se volí s ohledem na věk dítěte, výchovný

cíl (rozvíjení paměti, řeči, apod.), intenzitu soustředění dítěte, fyzické náročnosti zaměstnání a individuální přístup k dítěti. Dítě se nesmí přetěžovat, činnosti by se měly střídat, být pro ně zajímavé. Dítě vnímá sestru nejen jako mámu, ale také jako partnera pro hru. Hra je důležitá pro odreagování od napětí k uvolnění. Ke školním dětem, pokud jim to lékař dovolí, dochází pedagog a pozvolně, aby děti nepřetěžoval, s nimi procvičuje jejich znalosti a postupně přechází k normálnímu školnímu programu. Cílem výchovného zaměstnání by měl být optimální psychický stav dětí, kterým by se dosáhla rychlejší adaptace na nemocniční prostředí, napomáhání procesu léčení, zpříjemnění pobytu v nemocnici a podpora správného vývoje dítěte. (Matějček, 2001, Ondriová, 2016).

Zvláštní pozornost je třeba věnovat dětem bez spontánního zájmu o spolupráci a kontakt s okolím. V těchto případech je na místě zvážit rozhovor dítěte s psychologem či psychiatrem (Ondriová, 2016).

1.2.10 Komunikace s dětmi

Komunikace s dětským pacientem je vždy specifická. Prvním předpokladem úspěšné komunikace sestry s dítětem je důkladná znalost vývojových charakteristik a jejich zvláštností. Komunikace je podmíněna zdravotním a psychickým stavem dítěte (Plevová, Slowik, 2010). Vyžaduje trpělivost, důslednost, upřímnost, lidskost a schopnost naslouchat. V komunikaci s nemocným dítětem platí dvojnásobně, že je třeba naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem a zvláště srdcem (Matějček, 2001).

Přístup a způsob komunikace zanechává v pacientově prožívání odezvu, která může být o to silnější, oč je pacientova zranitelnost větší. V případě, že pacient, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, prožívá úzkost, nejistotu či strach, tehdy je vhodné vytvořit atmosféru bezpečí, porozumění a podpory. V opačném případě může jeho úzkost narůstat, což ztěžuje proces uzdravování (Bratová, Tašská, 2012).

Děti je potřeba co nejčastěji chválit a povzbuzovat. Měly by mít prostor vyjádřit svůj vlastní názor, přání, pochybnosti i nesouhlas. Pokud dítě udělá něco špatně nebo odmlouvá, nikdy mu nemůže být zdravotníky řečeno, že je hloupé, zlé či neposlušné (Fendrychová, Klimovič a kol., 2005).

Neverbální komunikace je ve zdravotnictví velmi významná. Jedná se o komunikaci prostřednictvím řeči těla, ve které se zakresluje obraz duše – nálady, emoce a prožívání. Přináší hodně informací o pocitech a postojích pacientů (Boledovičová, 2006). Je důležité, aby sestra uměla pozorovat a dešifrovat neverbální

projevy dětských pacientů, které jsou bohatším zdrojem informací než řeč. Jejich prostřednictvím dokáže lépe vnímat a pochopit momentální pocity a náladu pacienta. Na druhé straně i pacient velmi citlivě vnímá neverbální projevy zdravotníka (Bratová, Tašká, 2012). V komunikaci s dítětem je důležitý přímý oční kontakt, ve kterém se dodržuje zrakový horizont, kdy oči sestry a dítěte jsou v jedné úrovni. Nesmírně důležitý pro dítě je úsměv sestry. Při ošetřování se velmi často používá dotyk – pohlazení. Vytváří se tak blízký vztah důvěry a dítě získává pocit jistoty, bezpečí, lásky a zájmu. Od sestry se vyžadují jemné a přiměřené pohyby (Boledovičová, 2006).

1.2.11 Úloha sester při snižování strachu a úzkosti dětí

Strach je neoddelitelnou součástí vývoje dítěte. Vývoj je spojen s množstvím zážitků a situací vyvolávajících nejistotu, pochybnosti a nejrůznější úzkostné stavy. Malé dítě se bojí odloučení od matky, dítě v předškolním věku má bujnou fantazii a přestavuje si nejrůznější hrůzostrašné jevy. U školních dětí se již jedná o existenční strach, který je způsobený stresujícími podněty, které jsou na ně denně kladeny (Stiefenhofer, 2002). Nejčastější zátěží pro dítě školního věku jsou vysoké nároky ve škole, vztahy mezi spolužáky a rozvodová a porozvodová situace v rodině (Vymětal, 2004). V souvislosti s hospitalizací jsou nejintenzivnějšími obavami, které udávaly děti ze základních škol, strach z odloučení od rodiny, injekce a krevní testy, dlouhá doba pobytu v nemocnici a „špatné zprávy“ o jejich zdravotním stavu (Hart, Bossert, 1994).

Pro minimalizaci negativních emocionálních důsledků hospitalizace dětí hraje významnou roli ošetrovatelský personál, zejména dětská sestra. Jejím hlavním úkolem je zajistit kvalitní péči o optimální pohodu dítěte v nemocnici (Sikorová, 2011).

Základem je psychologická péče o nemocného ve smyslu rozptýlení strachu a úzkosti vlídným, klidným a trpělivým jednáním zdravotníka. Mnohé problémy vyplývají často z neinformovanosti, proto je účelný dobře vedený rozhovor, při kterém dáme dítěti možnost mluvit o svém strachu. Sestra volí u dětí vhodné zaměstnání, při kterém soustředí myšlenky jiným směrem (Zacharová, 2017).

Při snižování strachu dětí se osvědčily audiovizuální a interaktivní metody (Elkins, Roberts, 1985). Jsou vhodné u mladšího školního věku, u předškoláků však nikoliv, protože vyžadují určitý kognitivní vývoj a dovednosti, např. abstrakci, extrapolaci a dovednosti při práci s počítačem. Další velmi zábavnou metodou snižování strachu je tzv. Teddy Bear metoda, která se uskutečnila s dětmi z mateřských škol v Beer Sheva v Izraeli. Vedl ji Bloch Yuval (2008) za pomoci studentů medicíny

v odborné učebně lékařské univerzity. Při studii byly děti vystaveny simulované nemocnici a byly požádány, aby se staraly jako rodiče o pacienta, kterým byl plyšový medvídek (Teddy Bear). Děti si měly pro medvídka vymyslet nemoc. Lékařští studenti, kteří byli zapojeni do této studie, hráli roli lékařů. Medvídka vyšetřili, odebrali mu anamnézu a poté děti v roli rodičů informovali o diagnóze a způsobu léčby. Tato metoda byla velmi úspěšná, neboť děti byly připraveny na lékařské prostředí formou „medvídkové“ nemocnice, a tak vykazovaly mnohem nižší hladinu úzkosti (Bloch, Toker, 2008).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Naplňená potřeba jistoty a bezpečí je pro dítě a jeho zdravý vývoj stěžejní, a proto jsme se tímto tématem v diplomové práci hlouběji zabývali. Záměrem bylo přiblížit se vybraným dětem a zjistit, co v průběhu hospitalizace prožívají a poukázat na nezastupitelnou roli zdravotníků při rozpoznávání jejich pocitů a naplňování potřeby jistoty a bezpečí.

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat, do jaké míry je naplňována potřeba jistoty a bezpečí u dětí.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem se děti adaptují na nemocniční prostředí.

Cíl 3: Zmapovat přístup sester k dětem v kontextu naplňování potřeby bezpečí a jistoty.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě definovaných cílů byly položeny tyto výzkumné otázky:

- 1: Jaké pocity má dítě po přijetí k hospitalizaci v nemocnici?
- 2: Jak je dítě připraveno k hospitalizaci a kdo ho zpravidla připravuje?
- 3: Jak chápou sestry svoji roli při naplňování potřeby jistoty a bezpečí u dětí?
- 4: Jakými způsoby snižují sestry pocit strachu a osamění a potřebu ochrany před bolestí?

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce

Potřeba člověka: stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální či duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení rovnováhy organismu.

Jistota: pevné přesvědčení o něčem, nepochybnost.

Bezpečí: situace, kdy nehrozí žádné riziko.

Potřeba jistoty a bezpečí: potřeba vyvarovat se nejistoty a ohrožení. Vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti.

Adaptace: schopnost přizpůsobit se změněným podmínkám zevního prostředí a vyrovnat se s jejich vlivy.

Hospitalizace: vícedenní léčba v lůžkovém zdravotnickém zařízení, kdy nelze léčit ambulantně.

3 Metodika práce

3.1 Použité metody šetření

Pro vypracování empirické části diplomové práce na téma Potřeba jistoty a bezpečí u dětí na vybraných dětských odděleních jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumného šetření. Práci kvalitativního výzkumníka lze dle Hendla (2016) přirovnat k činnosti detektiva. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace na základě vytyčených výzkumných otázek, následně provádí deduktivní a induktivní závěry. Výzkumné šetření jsme prováděli pomocí polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Hloubkový rozhovor definuje Švaříček a Šedová (2007) jako nestandardizované dotazování účastníka výzkumu pomocí otevřených otázek. Otevřenými otázkami může badatel lépe porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich odpovědi omezoval při výběru položek v dotazníkovém šetření v kvantitativním výzkumu.

Výzkumné šetření jsme realizovali mezi hospitalizovanými dětmi mladšího školního věku (6 – 12 let) a zdravotními sestrami na třech odděleních ve Fakultní nemocnici v Motole. Sběr dat byl uskutečněn ve dvou obdobích, v září a říjnu 2017 na Pediatrické klinice na oddělení gastroenterologie a na Dětské psychiatrické klinice a v březnu 2018 na Klinice dětské chirurgie.

Polostrukturované rozhovory jsme vedli s dětmi na jejich pokoji nebo v jídelně. U některých byl přítomen také jejich rodič, u ostatních nebyl, protože s dítětem nebyl společně hospitalizován. Někteří rodiče sami odešli, protože nám chtěli nechat soukromí. Se sestrami jsme vedli rozhovor v jídelně nebo v denní místnosti sester. Otázky jsme koncipovali tak, aby vycházely ze stanovených cílů práce a teoretických poznatků. Na začátku rozhovoru jsme pokládali identifikační otázky, které jsou zpracovány do přehledných tabulek (tabulka 1, 2). U dětí jsme rozhovorem zjišťovali jejich pocity a obavy, dále zda mají dost informací o tom, co je během hospitalizace čeká a zda si našly na oddělení kamarády. U sester jsme hloubkovým rozhovorem zjišťovali, jakým způsobem naplňují potřebu jistoty a bezpečí u dětí při příchodu na oddělení a během hospitalizace a jakými způsoby snižují u dětí pocit strachu, osamění a uspokojují potřebu ochrany před bolestí. Při dotazování respondentů a průběžném získávání informací jsme pokládali také doplňující otázky. Seznam klíčových otázek pro rozhovory s dětmi jsou uvedeny v příloze č. 2, seznam otázek pro sestry je uveden v příloze č. 3. Délka rozhovorů s dětmi byla 10 – 20 minut s ohledem na jejich zdravotní stav a výřečnost.

Rozhovory jsme nahrávali na diktafon a následně převáděli doslovně do písemné podoby v Microsoft Wordu. Získané údaje všech respondentů jsme pro přehlednost a následnou analýzu dat seřadili podle položených otázek, podle rostoucího věku dětí a podle jednotlivých oddělení. Respondenty jsme číselně označili a použili u dětí zkratku „D“ a u sester zkratku „S“. Použili jsme metodu otevřeného kódování v ruce, způsobem papír tužka. Kódováním jsou dle Švaříčka a Šedové (2007) údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Kód, jak uvádí Hendl (2016), je symbol přiřazený k úseku dat tak, aby ho klasifikoval či kategorizoval. S daty jsme hlouběji pracovali a vytvořili kategorie a podkategorie, které jsme pro lepší přehlednost uspořádali do schémat programem SmartArt Microsoft Office Word 2010. Tato schémata jednotlivých kategorií uvádíme vždy na začátku dané kategorie.

Technika „Kresli a vyprávěj“

Po prostudování některých zahraničních studií nás zaujala technika „Kresli a vyprávěj“. Děti mohou vědět a cítit víc než jsou schopny slovy popsat, proto užití kresby kombinované s psaním a rozhovorem může být silným nástrojem jejich vyjádření (Pridmore, Bendelow, 1995, Piko, Bak, 2006).

Dětské vyprávění a obrázky přinášejí vhled do dětského pohledu na hospitalizaci. Touto technikou dáváme dítěti prostor k sebevyjádření a odsuneme ho tak od pohledu dospělých (Pound, 1999). Kresba současně pro děti představuje neohrožující aktivitu, není při ní vyžadována rychlá odpověď (Einarsdottir, 2007). Tato výtvarná vyjádření jsou silným nástrojem pro vyjádření myšlenek, pocitů a zkušeností, které by děti nemusely být schopné verbalizovat (Ehrler, 2009). Jedná se o formu emočního vyprávění příběhu, která zachytí pocity dítěte, týkající se stresové situace jakou je hospitalizace. Vyjádření pocitů může dětem pomoci ve vyrovnání se s hospitalizací a nalézt smysl v jejich prožitcích (Rollins, Drescher, Kelleher, 2012).

Podobnou techniku jsme koncem našeho výzkumu také zařadili. Dětem jsme dali obrázek objímacího stromu a jejich úkolem bylo představit si strom, kterému se říká „objímací“. Děti jsme následně vyzvali, aby na jeho větve napsaly své obavy. Když úkol splnily, měly ten strom ve své fantazii obejmout. Této techniky se zúčastnily dvě děti, některé odmítly a některé řekly, že je nic netrápí. Obrázky dětí uvádíme v příloze č. 4.

3.2 Výběr výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo realizováno na záměrně vybraných odděleních ve Fakultní nemocnici v Motole v rámci povinné a individuální praktické výuky. Původně jsme zamýšleli provádět výzkumné šetření také na jednotce intenzivní péče, abychom získali další cenné informace, ale neobdrželi jsme souhlas k rozhovorům s dětmi.

Před zahájením sběru dat jsme získali písemný souhlas od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FN v Motole, od vrchních sester daných oddělení a od zákonných zástupců dětí mladšího školního věku. Se sestrami jsme vedli rozhovory na základě jejich ústního svolení. Písemné souhlasy pro jejich četnost neuvádíme v příloze diplomové práce, ale jsou dostupné u autorky práce. Všichni oslovení byli seznámeni s tématem diplomové práce a s anonymním zpracováním výpovědí. Všem jsme nastínili, čeho se budou rozhovory týkat, a že pokud by jim to bylo nepříjemné, nemusí k rozhovoru přistoupit, nebo v něm pokračovat. Respondenty jsme požádali o možnost nahrávat si rozhovor na diktafon k snadnější analýze výsledků. Pouze jedna sestra z psychiatrického oddělení s nahráváním nesouhlasila, rozhovor byl tedy zaznamenáván písemnou formou.

Výběr výzkumného souboru byl účelový, vybírali jsme z každého vybraného oddělení šest dětí mladšího školního věku ve snaze, aby byla rovnoměrně zastoupena obě pohlaví i věk. Tuto původní představu ale nešlo zrealizovat, protože respondentů ve věku 6 - 12 let nebylo v průběhu sběru dat dostatečné množství a některé děti rozhovor odmítly. Z každého vybraného oddělení jsme také požádali dvě sestry, jednu služebně mladší a druhou starší, aby s námi vedly rozhovor. Sestry rozhovor odmítaly více. Děti byly většinou ochotnější s námi hovořit o svých dojmech z nemocnice, mnohé byly ale velmi stručné a těžko se uvolňovaly. Celkem bylo realizováno 17 rozhovorů s dětmi a 6 rozhovorů se sestrami.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

3.3.1 Pediatrická klinika – oddělení gastroenterologie

Na tomto oddělení bývají hospitalizované děti všech věkových kategorií, tedy od kojenců až do 19. roku dítěte. Kapacita oddělení je 17 lůžek, z toho jeden pokoj je jednolůžkový, dva pokoje dvoulůžkové a čtyři pokoje třílůžkové. Na denní službě zde pracují z nelékařských profesí tři sestry, jeden sanitář a staniční sestra, na noční službě slouží dvě sestry bez sanitáře. Všechny pokoje jsou útulné, zdobené obrázky s dětskými

motiv, lůžka pro děti jsou polohovatelná, na každém pokoji je televize, pro rodiče je k dispozici rozkládací lůžko, v rohu pokoje je menší jídelní stůl se židlemi. Děti mají svoji skříň a noční stolek. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení. Dveře od pokojů jsou neprosklené, ale vedle dveří je okénko do pokoje se žaluziemi, které se dle potřeby mohou roztáhnout kvůli náhledu nebo pozorování. Vyšetřovna, kde děti absolvují odběry krve a fyzikální vyšetření lékařem je bohatě zdobena obrázky, plyšovými hračkami a odměnami pro děti. Na oddělení je jídelna, která slouží také jako herna, prostor pro návštěvy a aktivity s dětmi vedené učitelkou a vychovatelkou. Součástí oddělení je endoskopický sálek, kam dochází děti na vyšetření nejen z gastroenterologického oddělení.

Výzkumný soubor oddělení gastroenterologie tvořilo 6 dětí (D1 – D6) a 2 sestry (S1 – S2). Respondentkou D1 byla devítiletá dívka přijatá pro chronické jícnové varixy. Na tomto oddělení byla již několikrát, byla komunikativní, veselá a milovala hernu. Respondentkou D2 byla také devítiletá, usměvavá a kamarádská dívka, přijatá pro Crohnovu chorobu a k provedení gastro + kolonoskopie ke zhodnocení efektu léčby. Respondentkou D3 byla devíti a půl letá dívka hospitalizovaná rovněž pro Crohnovu chorobu. Působila hodně stydlivě, v rozhovoru odpovídala stručně. Respondentem D4 byl desetiletý chlapec s neurčenou břišní nemocí zřejmě psychosomatické příčiny. Kvůli bolesti nechodil několik měsíců do školy, byl z neúplné rodiny, učil se však velmi dobře. Respondent D5 byl jedenáctiletý velmi inteligentní a sečtělý, uzavřenější a tanečně nadaný chlapec, přijatý kvůli opakovaným mdlobám. Respondent D6 byl dvanáctiletý komunikativní chlapec přijatý opět pro Crohnovu chorobu ke kolonoskopickému a gastroskopickému vyšetření.

Respondentkou S1 byla sestra se středoškolským vzděláním, která na oddělení pracovala dva roky, a respondentkou S2 byla rovněž sestra se středoškolským vzděláním a délkou praxe pět let.

3.3.2 Dětská psychiatrická klinika

Tato klinika se zabývá diagnostikou a terapií duševních poruch u dětí a dospívajících do 18 let. Klinika je známá zejména svými výsledky v diagnostice a terapii poruch autistického spektra, poruch příjmu potravy, psychotických onemocnění a dětské suicidality. V léčbě jsou uplatňovány nejmodernější přístupy biologické i psychoterapeutické léčby.

Dětská psychiatrická klinika má celkem 50 lůžek a je rozčleněna na tři oddělení. Nejmenší oddělení s deseti lůžky je zaměřeno na diagnostiku a intenzivní terapii a dle potřeby je zde možné poskytnout pacientovi stálý dohled. Další dvě oddělení jsou větší, mají po dvaceti lůžkách a jsou určena pro pacienty ve stabilizovaném stavu. Na všech odděleních mnohou děti trávit čas ve společenské místnosti, která je vybavena různými hrami, televizí a DVD přehrávačem. Oproti jiným lůžkovým oddělením nemocnice připomíná průběh dne na Dětské psychiatrické klinice spíše pobyt na škole v přírodě. Děti mají pravidelný denní režim. Ráno vstávají v sedm hodin, o víkendu o půl osmé. Po ranní hygieně probíhá setkání terapeutické komunity, kde se dětem sdělí, co je ten den čeká a každé dítě řekne, jak se cítí a odpoví na jednu otázku položenou předsedou komunity. Následuje snídaně. Dopoledne tráví děti ve škole pod vedením speciálních pedagogů. Studenti středních škol se mohou zúčastnit také výuky cizích jazyků nebo se věnovat samostudiu. Starší děti docházejí na pracovní terapie, arteterapie a muzikoterapie. Po obědě probíhají další terapeutické aktivity jako individuální a skupinová psychoterapie, nácvik relaxačních technik a jiné. Pokud to zdravotní stav umožňuje, je součástí režimu rovněž pobyt na zahradě s vychovatelkou nebo sestrami, případně vycházka po areálu nemocnice. Děti mohou s rodiči v určenou hodinu komunikovat prostřednictvím mobilního telefonu. Pokud jsou ve stabilizovaném stavu, jsou pravidelnou součástí léčby i víkendové propustky do domácího prostředí nebo například návštěvy příslušných základních nebo středních škol. Délka pobytu dětí je čtyři týdny i déle.

Na větším oddělení, kde probíhalo naše výzkumné šetření, bylo celkem sedm pokojů, čtyři byly třílůžkové, dva dvoulůžkové a jeden čtyřlůžkový. Děti si musí na pokojích udržovat pořádek, dbá se na dodržování poledního a nočního klidu. Dveře od pokojů dětí mají skleněnou výplň ve tvaru okénka, aby je mohly sestry kontrolovat. Ve všech pokojích a v herně je zabudován kamerový systém, který má monitor na sesterně. Součástí oddělení je jídelna a velká herna s hračkami, televizí a gaučem. Oddělení je uzavřené, při přesunu dětí např. do školy se dbá, aby všechny šly správným směrem.

Na tomto oddělení pracuje přes den jedna sestra na denní a jedna sestra na odpolední směnu. Noční směnu a o víkendu slouží rovněž jedna sestra. Sanitáři jsou dva na tři oddělení a jeden na noční směnu.

Rozhovorů se zúčastnilo 5 dětských respondentů (D7 – D11) a 2 sestry (S3 – S4). Respondentkou D7 byla devítiletá dívka s poruchou aktivity a pozornosti. D8 byla desetiletá dívka, která trpěla generalizovanou úzkostnou chorobou, tikem a poruchou

aktivity a pozornosti. Měla komplikovanější povahu, byla vzpurná, náladová, někdy i zlá a agresivní zejména vůči zvířatům. Rovněž měla sklony k sebepoškozování a bujnou fantazii. Tato dívka vyrůstala s babičkou, neboť její matka byla alkoholička a narkomanka. Respondentkou D9 byla jedenáctiletá dívka s hyperkinetickou poruchou, která vyskočila u babičky z okna z vysokého patra a utrpěla mnohočetné zlomeniny. V době výzkumného šetření byla na vozíčku. Tato dívka byla umístěna na psychiatrické oddělení určené pro více problémové děti. Měla totiž za sebou také několik krádeží, bývá drzá na učitelku a zlobí ostatní děti. Respondentem D10 byl dvanáctiletý chlapec přijatý kvůli neorganické enkopréze. Měl rovněž poruchy soustředění a hyperaktivitu. Působil kamarádsky a bezproblémově. Respondentka D11 byla dvanáctiletá dívka s depresivní poruchou chování. Měla klidnou povahu, ale trápily ji špatné myšlenky a hlasy.

Respondentka S3 byla sestra s vysokoškolským vzděláním a délkou praxe tři roky. Respondentka S4 byla sestra s dvaadvacetiletou praxí, ale na oddělení dětské psychiatrie pracovala teprve jeden rok. Měla středoškolské vzdělání.

3.3.3 Klinika dětské chirurgie

Kliniku dětské chirurgie ve FN v Motole tvoří dvě standardní oddělení s 20 a 23 lůžky, JIP pro větší děti s 10 lůžky a JIP pro novorozence a kojence s 12 lůžky. Klinika se specializuje na novorozeneckou chirurgii, hrudní chirurgii, proktologii, onkochirurgii, urologii a chirurgii polytraumat. Pracoviště se jako jediné v České republice zabývá chirurgií jater v dětském věku. V oblasti urologie tvoří největší počet pacientů děti s vrozenými malformacemi urogenitálního traktu, funkčními poruchami močového měchýře a obstrukční uropatie.

Architektonicky vypadalo standardní oddělení téměř stejně jako již popsané oddělení gastroenterologie. Pracovaly zde rovněž tři sestry na denní službu, jedna sanitárka a jedna ošetřovatelka, na noční službu zde pracovaly dvě sestry. Na toto oddělení pravidelně dochází zdravotničtí klauni. Jejich přítomnost a legrácky měly na děti velmi dobrý vliv, dokázaly se uvolnit, opravdu zasmát a zapomenout v danou chvíli na operaci a strach. Zdravotničtí klauni mají také ve zvyku děti doprovázet na operační sál. To jsme vnímali jako ten nejlepší způsob eliminace strachu, úzkosti a pocitu ohrožení.

Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo opět 6 dětí (D12 – D17) a 2 sestry (S5 – S6). Respondentka D12 byla šestiletá velmi bystrá a dosti neposedná dívenka se

spoustou vlastních hraček přijatá k operaci pupeční kýly. Respondent D13 byl sedmiletý ostýchavý, málomluvný chlapec přijatý kvůli otřesu mozku po pádu. Tento chlapec vyrůstal v dvoujazyčném prostředí, pocházel ze Srbska a české děti ho do školního kolektivu moc dobře nepřijaly. Respondent D14 byl osmiletý chlapec přijatý kvůli úrazu po pádu přes skleněnou výplň domovních dveří. Byl hospitalizován velmi krátce, neboť mu pouze sešívali tržnou ránu na ruce. Respondent D15 byl devítiletý spokojený, trochu stydlivější chlapec přijatý pro fimózu. Respondent D16 byl devítiletý komunikativní, rozumný chlapec, který neúmyslně spolknul při zívání magnetické kuličky. Byl přijat k provedení laparoskopie. Respondent D17 byl dvanáctiletý kamarádský chlapec přijatý kvůli zánětu tlustého střeva.

Sestra S5 měla vyšší odborné vzdělání s tříletou praxí. Sestra S6 byla středoškolsky vzdělaná sestra se specializací a pracovala na daném oddělení již 15 let.

4 Výsledky

4.1 Výsledky šetření u dětských respondentů

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných dětí

Respondent	Věk (roky)	Počet sourozenců	Hospitalizován s rodičem	Hlavní diagnóza
D1 - dívka	9	2 sestry	Ano	Varixy jícnu s krvácením
D2 - dívka	9	2 sestry	Ano	Crohnova choroba
D3 - dívka	9,5	0	Ano	Crohnova choroba
D4 - chlapec	10	2	Ne	Neurčená břišní nemoc
D5 - chlapec	11	1 bratr	Ano	Mdloba, synkopa a zhroutení
D6 - chlapec	12	2	Ne	Crohnova choroba
D7 – dívka	9	2 sestra + bratr	Ne	Porucha aktivity a pozornosti
D8 – dívka	10	1 sestra	Ne	Generalizovaná úzkostná choroba; porucha aktivity a pozornosti
D9 – dívka	11	1 sestra	Ne	Hyperkinetická porucha chování; zlomenina bérce a bederních obratlů
D10 - chlapec	12	1 bratr	Ne	Neorganická enkopréza
D11 – dívka	12	0	Ne	Depresivní porucha chování
D12 - dívka	6	1 sestra	Ano	Pupeční kýla
D13 – chlapec	7	1 sestra	Ano	Otřes mozku
D14 – chlapec	8	1 sestra	Ano	Úraz po pádu přes skleněnou výplň
D15 – chlapec	9	0	Ano	Fimóza
D16 – chlapec	9	1 sestra	Ne	Jiná neurčená bolest, cizí těleso v trávicím traktu
D17 - chlapec	12	1 bratr	Ne	Zánět žlučníku

Vysvětlivka barevného označení respondentů:

gastroenterologické oddělení	psychiatrické oddělení	chirurgické oddělení
------------------------------	------------------------	----------------------

V tabulce 1 jsou znázorněny identifikační údaje dotazovaných dětí. Rozhovorů se zúčastnilo devět chlapců a osm dívek ve věkovém rozmezí 6 – 12 let. Převážná část dětských respondentů měla sourozence, pouze tři děti byly jedináčci. Celkem 8 dětí (ze 17) bylo hospitalizováno společně s rodičem. Důvody jejich hospitalizace (diagnózy) byly různé, pouze Crohnova choroba se třikrát opakovala.

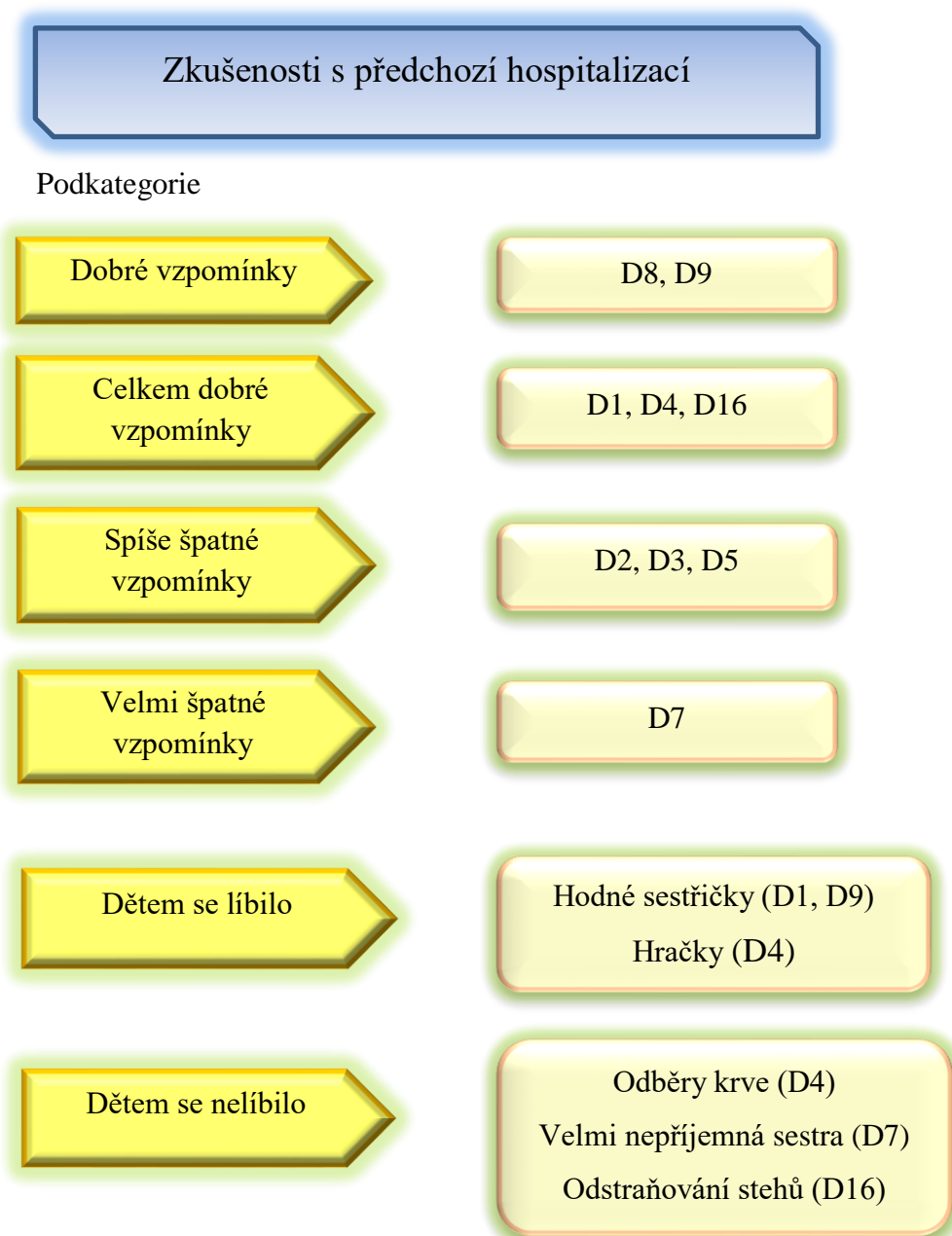
4.1.1 Odpovědi na první výzkumnou otázku

Schéma 1 Kategorie Předchozí hospitalizace



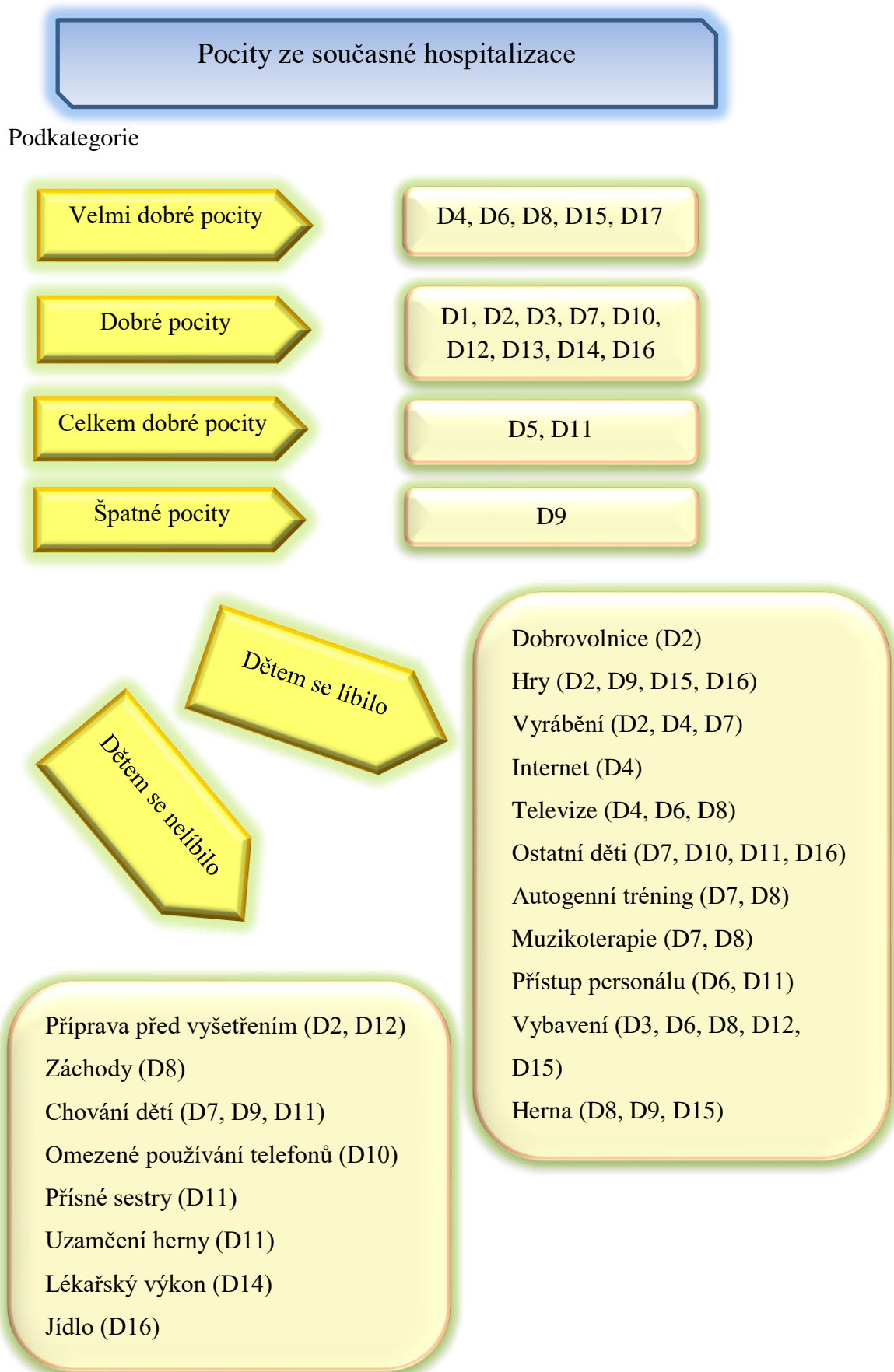
V první kategorii jsme rozdělili respondenty na děti, které již byly dříve hospitalizované v nemocnici a na děti, které byly hospitalizované poprvé. Z výsledků je zřejmé, že téměř všechny děti hospitalizované na gastroenterologii (D1 – D5) se již s pobytem v nemocnici setkaly. Naproti tomu děti z chirurgického oddělení (D12, D13, D14, D15, D17) byly většinou v nemocnici poprvé. Na psychiatrickém oddělení neměly zkušenosti s hospitalizací tři děti (D7, D10 a D11), zbylé dvě (D8 a D9) již hospitalizované byly.

Schéma 2 Kategorie Zkušenosti s předchozí hospitalizací



V této kategorii jsme zjišťovali, jak se dětem líbila předchozí hospitalizace, jaké měly dojmy, na co rády vzpomínají, a co se jim naopak nelíbilo. Převládaly kladné zkušenosti, děti se zřejmě dobře adaptovaly a setkaly se s milým zdravotnickým personálem. Rády vzpomínaly na sestřičky, které se o ně hezky staraly. Líbilo se jim hraní s ostatními dětmi a vychovatelkou. Dlouhé chvíle jim zpříjemňovaly pohádky a dětské pořady v televizi. Naopak hodně nepříjemné pro ně byly odběry krve, kdy musely překonat strach a bolest spojenou s výkonem. Jedno dítě (D7) se setkala s nesympatickou sestrou. Jiné (D16) mělo v živé paměti odstraňování stehů.

Schéma 3 Kategorie Pocity ze současné hospitalizace



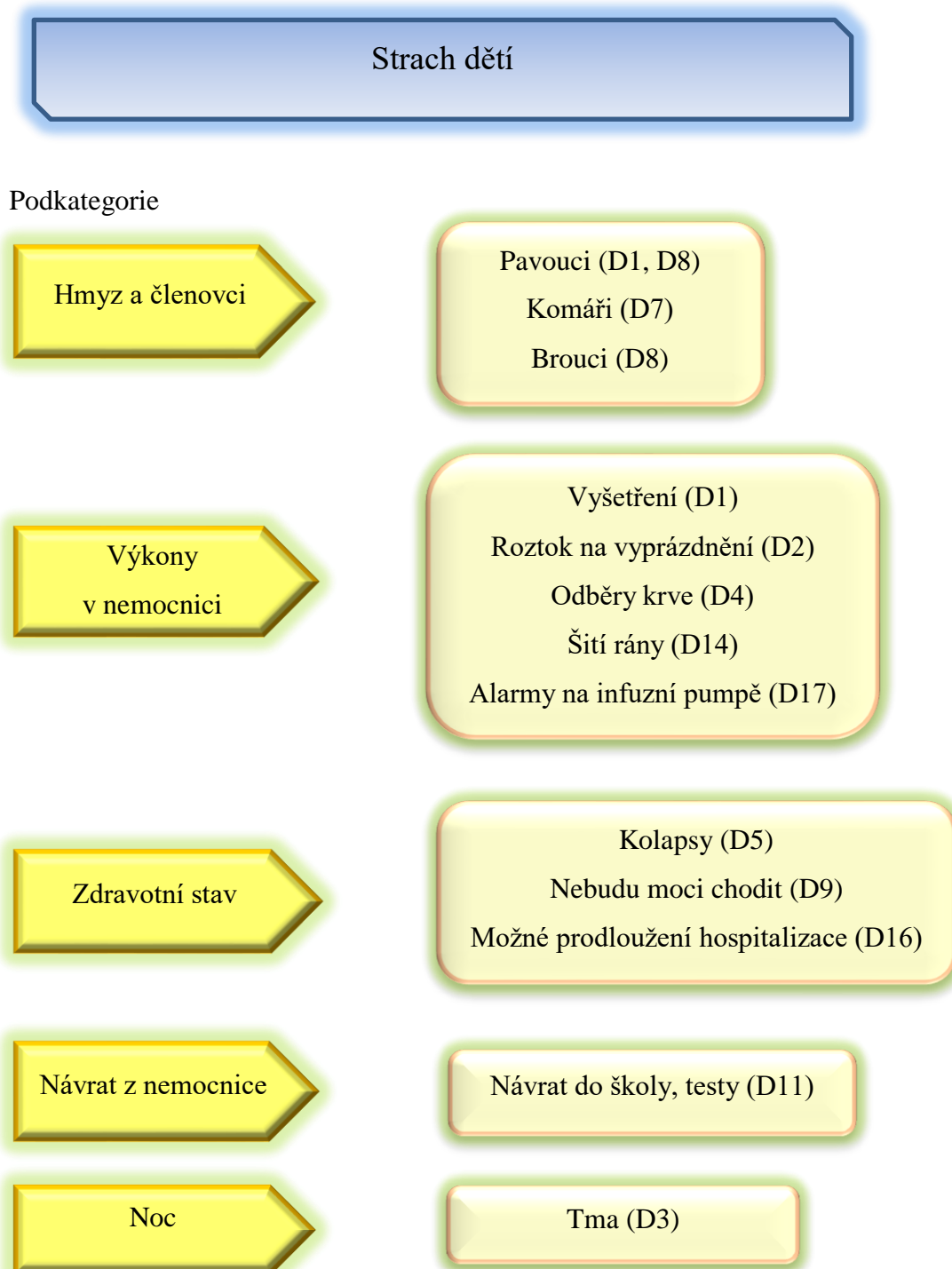
V kategorii Pocity ze současné hospitalizace jsme zjišťovali, jak se dětem líbilo v nemocnici při jejich poslední hospitalizaci a s čím naopak nebyly spokojeny. Výsledky ukazují, že u většiny dětí převažovaly pocity kladné. Nemálo jich odpovědělo, že se jim v nemocnici hodně líbilo. Zajímavé zjištění bylo, že pět dětí z šesti dotázaných z gastroenterologie se cítilo, navzdory nepříjemnému endoskopickému vyšetření, na oddělení dobře. Líbil se jim výtvarný program s paní učitelkou, při kterém kreslily obrázky a vyráběly různé výrobky. Děti byly vděčné, že mají na pokoji televizi, a že si mohou krátit čas sledováním pohádek a filmů. Jedna respondentka (D2) ocenila dobrovolnici, která s nimi hrála stolní hry a vyráběla z papíru obrázky, které pak děti lepily na sklo. Pouze dvě děti (D2, D12) popsaly nepříjemný zážitek z přípravy na endoskopické vyšetření, kdy musely lačnit a pít roztoky na vyprázdnění.

Nepříliš kladné pocity měly dvě děti (D7, D9) z psychiatrického oddělení. Nelíbilo se jim chování ostatních dětí. Jedna respondentka (D9) dokonce řekla o ostatních dětech, že se chovají jako blázni. Jiná respondentka (D7) odpověděla: „*Nelíbí se mi, když mně někdo nadává a já jsem na něho zlá. Nebo když mně někdo řekne buřte*“. Jiné dítě (D10) smutně neslo, že u sebe nemohlo mít svůj mobilní telefon. Ten dostávalo od sestřiček až večer pouze na hodinu. Jedna respondentka (D11) vnímala sestry jako hodně přísné. Jednou jim za trest uzamkly hernu, a tak se děti nemohly dívat na televizi a hrát si hry. Jedna dívka (D8) si stěžovala na pomočená prkýnka na toaletách a poházené toaletní papíry. Dětem z psychiatrického oddělení (D7, D8) hodně pomáhal autogenní trénink, při kterém se uvolnily a cítily se po něm lépe. D7 a D8 také oceňovaly muzikoterapii vedenou psycholožkou, kde mohly uvolnit své emoce. Respondentky D8, D9, D15 chodily do herny, kde trávily volný čas, sledovaly televizi a hrály si hry. Některé děti (D7, D10, D11, D16) si na oddělení našly opravdové kamarády a cítily se tam téměř jako doma.

Hospitalizované děti z chirurgického oddělení (D12, D15) měly největší zážitek ze zdravotnického klauna, který je dokázal opravdu rozesmát. Klauni mnohé děti doprovodili až na operační sál a po celé cestě jim vyprávěli vtipné historky. Jedna holčička (D12) toužebně očekávala od klaunů horské kapky, které ji slíbili. Dva respondenti (D3, D16) ocenili vybavení nemocnice, chválili polohovatelné postele a rolety na oknech. V předchozí nemocnici se nesetkali s tak moderním a pěkným nábytkem. Pro děti bylo poměrně těžké dodržet lačnění před operací, cítily hlad a žízeň. Nejmladší respondentce (D12) se stal oporou její tatínek, který byl lačný

dobrovolně s ní. Jeden respondent (D14) měl špatné vzpomínky na šití rány. Říkal, že i když mu ruku umrtvili, tak ho to šití píchalo.

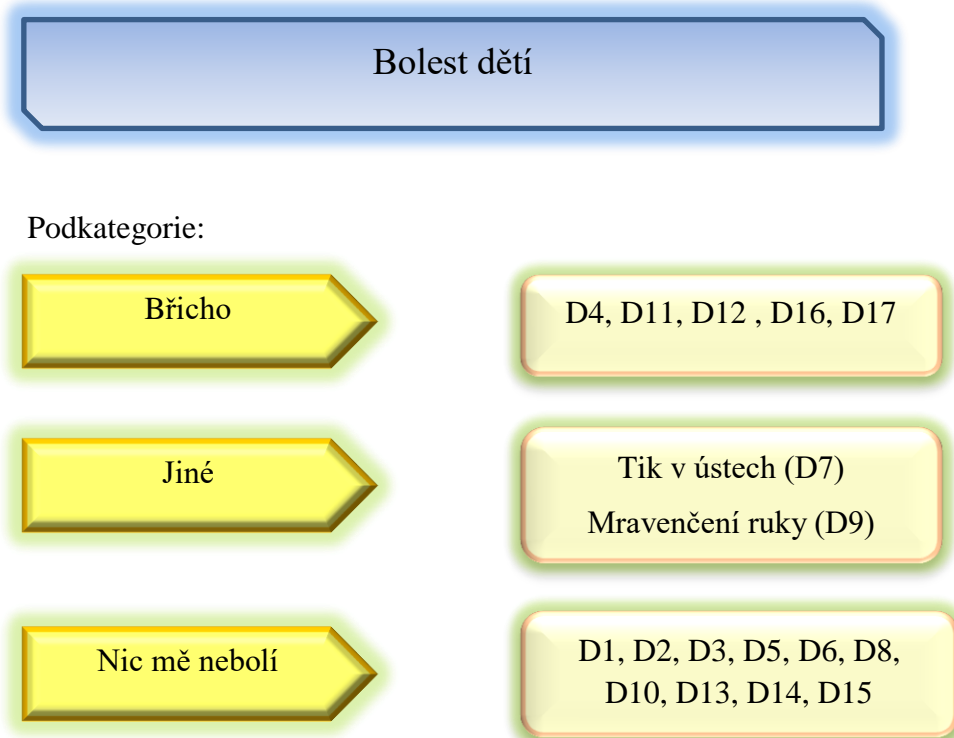
Schéma 4 Kategorie Strach dětí



V kategorii Strach dětí jsme zjišťovali, zda se děti něčeho bojí a čeho konkrétně. Nejvíce dětí mělo strach z výkonů v nemocnici. Respondentku D1 zneklidňovalo endoskopické vyšetření, které měla podstoupit. Respondentka D2 se bála přípravy na kolonoskopické vyšetření, kdy musela vypít projímavý roztok na vyprázdnění. Roztok ji nechutnal a bylo pro ni nepříjemné tak často chodit na toaletu. Jiný respondent (D4) měl strach z odběrů krve, bál se traumatického výkonu. Stejně tak respondent D14 se obával šití rány, zda ho to nebude bolet a zda to lékař provede dobře. Dvě respondentky D1, D8 se bály pavouků a brouků, nesnesly pohled na ně. Dvě dotazované děti (D5, D9) měly obavu z nepříznivé prognózy. Respondentka D9 utrpěla po pádu z velké výšky zlomeninu bérce, pánve, pravé horní končetiny a bederních obratlů. Byla už čtvrtý měsíc pohyblivá pouze na vozičku. Bála se, že nebude už nikdy chodit. Lékař jí slíbil, že zase chodit bude, ale ona mu moc nevěřila. Chlapec D5 trpěl častými kolapsy a obával se, že mu jen tak neustanou. Chlapec D16 na otázku, zda neměl strach z operace, odpověděl: *„Ne, já jsem byl nejvíc v klidu z té operace. Všichni byli vystrašení, ale já jsem byl nejvíc v klidu. Já jsem to bral pozitivně, že ty kuličky už tam konečně nebudu mít. Nakonec ale dodal: „Mám strach, že tu budu muset být ještě dýl, protože nikdy nevím, co se může stát.“*

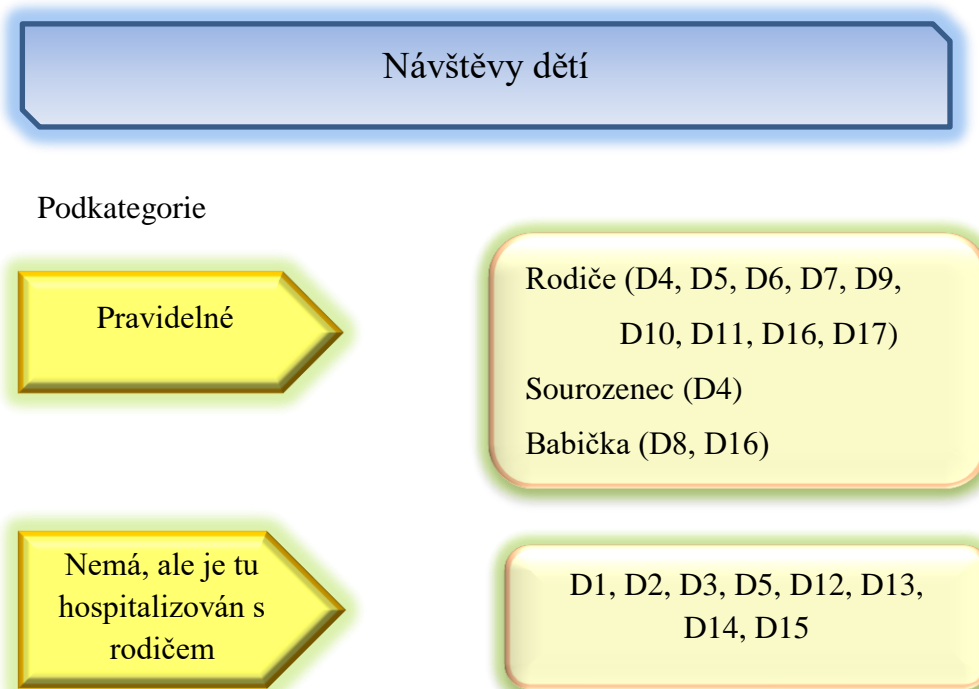
Respondentka D11 z psychiatrického oddělení se bála návratu do školy. Na oddělení strávila řadu týdnů, ve škole zameškala spoustu nového učiva. Bála se tedy testů, které ji budou čekat, jak je všechny zvládne. Na oddělení nemusely splnit tolik školních povinností. Také měla strach, jak se k ní budou chovat spolužáci, jak se na ni budou dívat, zda nebudou mít hloupé poznámky, že byla na psychiatrii. Jedna respondentka (D3) se bála tmy. Na noc ji tedy sestřičky rozsvěcovaly malé světlo. Poměrně vysoký počet tázaných dětí (D6, D10, D12, D13, D15) odpověděl, že se ničeho nebojí.

Schéma 5 Kategorie Bolest dětí



V kategorii Bolest dětí jsme se tázali, zda je něco nebolí a pokud ano, tak co. Pět dětí (D4, D11, D12, D16, D17) odpovědělo, že je mírně bolí břicho. Tyto děti byly často sledovány a dostávaly analgetika dle potřeby. Jedna respondentka (D7) si postěžovala na tik v ústech, který má už delší dobu. Respondentka D9 po zlomenině levé horní končetiny pociťovala nepříjemné mravenčení ruky. Vysoký počet respondentů neudával žádnou bolest a cítil se dobře.

Schéma 6 Kategorie Návštěvy dětí



Aby se děti cítily v nemocnici dobře, měly by zůstat v kontaktu s rodinou, neboť ta je pro ně největším zdrojem jistoty a bezpečí. V následné kategorii Návštěvy dětí jsme zjišťovali, zda je dítě hospitalizované spolu s rodičem, nebo zda má pravidelné návštěvy. Na dětském psychiatrickém oddělení ve FN v Motole je hospitalizace rodiče s dítětem zakázána, výjimkou jsou těžce mentálně postižené a autistické děti. Návštěvy sice mohou mít, ale platí zde zvláštní režim. Rodiče nemohou vstoupit za dítětem na oddělení, ale mohou se s ním setkat o návštěvních hodinách dvakrát týdně ve všední den a o víkendu na místě před oddělením, kde jsou lavičky. Pokud lékař dovolí, mohou rodiče jít s dítětem ven do areálu nemocnice, někdy mají dovolené vyjít i mimo areál nemocnice na několik hodin. Takové dovolení dostane dítě zpravidla až po několika týdnech hospitalizace. Postupně má víkendové propustky. Návštěvy kamarádů jsou dovolené pouze, pokud je dítě jmenovitě uvedlo v souhlasu s hospitalizací.

Rodiče jezdili děti z psychiatrického oddělení pravidelně navštěvovat, pouze jedna respondentka (D7) řekla, že ji navštívila její matka jen jednou, měla slíbenou návštěvu ještě o víkendu, ale nakonec její matka nepřišla. Tato dívka dokonce neměla ani mobil, tak si nemohla s rodinou telefonovat. Bylo jí na oddělení smutno.

Děti z gastroenterologického a chirurgického oddělení byly většinou hospitalizovány s rodičem, jejich pobyt byl poměrně krátký a návštěvy dalších členů rodiny už neměly.

Schéma 7 Kategorie Kamarádi na oddělení



V kategorii Kamarádi na oddělení jsme se dětí ptali, zda se na oddělení s někým skamarádily. Rozdíl mezi dětmi, které si v nemocnici našly kamarády a které je neměly, nebyl příliš velký. Nejvíce vznikala kamarádství mezi dětmi na psychiatrickém oddělení, neboť tam byly i několik týdnů a trávily spolu celý den kromě poledního klidu. Na dětské chirurgii a gastroenterologii byly děti hospitalizované poměrně krátce a skamarádily se většinou jen s dětmi na pokoji, pokud tam měly vrstevníka.

4.1.2 Odpovědi na druhou výzkumnou otázku

Kategorie Vysvětlení důvodu hospitalizace

Vysvětlení důvodu hospitalizace

Abychom zjistili, jak byly děti připraveny k hospitalizaci, zeptali jsme se jich, zda jim vysvětlil lékař, matka nebo otec, proč musely jít do nemocnice. Všechny děti dokázaly na tuto otázku snadno odpovědět. Každý respondent byl lékařem obeznámen, přiměřeně k jeho věku, s důvodem nutnosti pobytu v nemocnici. Některým dětem ještě podrobněji vysvětlovali jejich rodiče, proč se nemohou léčit doma a proč je hospitalizace důležitá.

Schéma 8 Kategorie Znalost diagnózy dítětem

Znalost diagnózy dítětem

Podkategorie

Zná přesnou
diagnózu
(i latinskou)

D2, D5, D9, D12, D14, D16

Popisuje pouze obtíže

D1, D3, D4, D6, D7, D8,
D10, D11, D13, D15, D17

V následující kategorii jsme se dětí ptali, co jim vlastně je, a zda znají přesný název jejich onemocnění. Všechny děti dokázaly popsat své potíže, některé děti (D2, D5, D9, D12, D14, D16) věděly i správný název diagnózy. U některých dětí nebyla ještě přesná diagnóza stanovena.

Schéma 9 Kategorie Délka hospitalizace

Délka hospitalizace

Podkategorie

Ví přesně	D8, D9, D12, D13, D14, D15, D16, D17
Tuší	D1, D2, D4, D5, D7, D10, D11
Neví	0

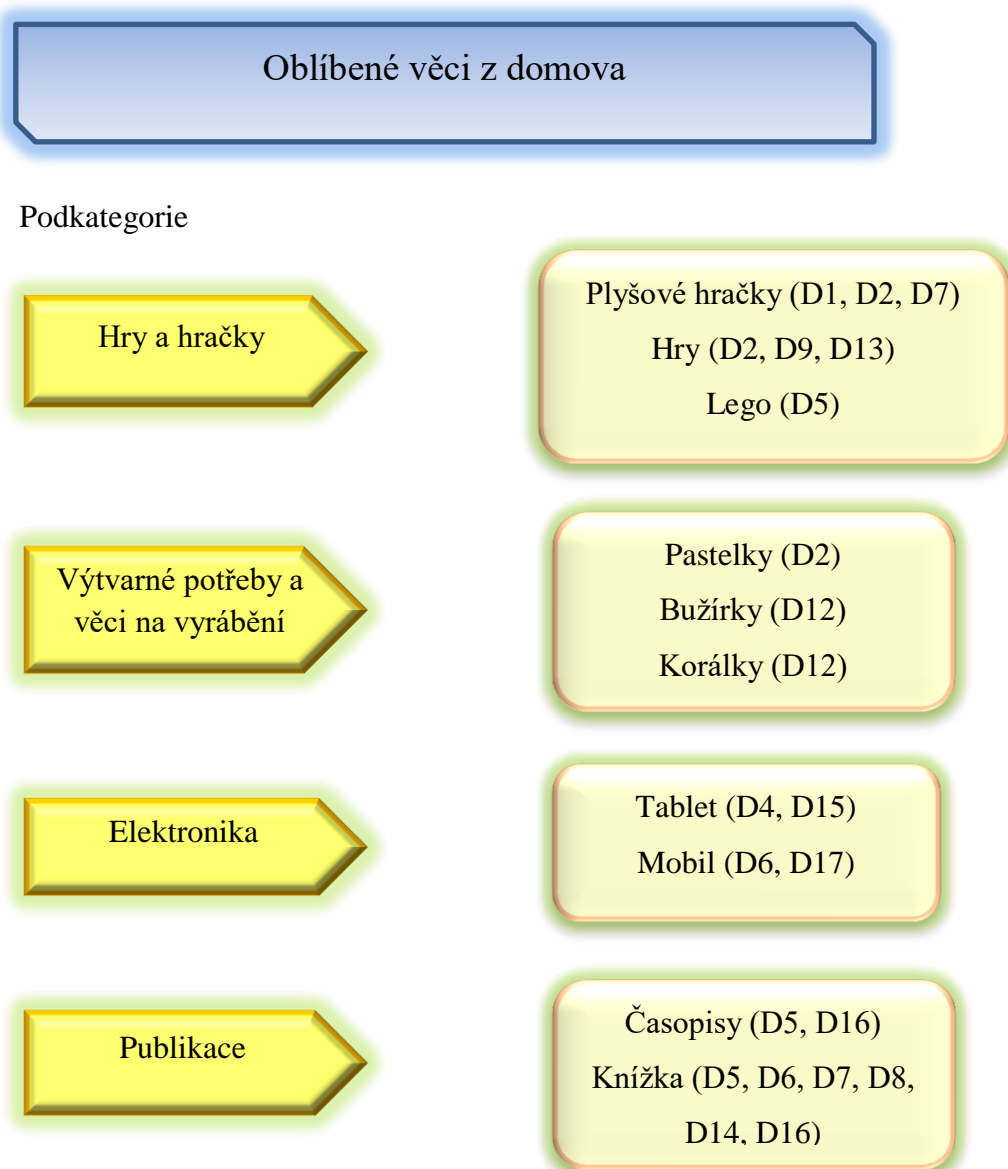
V kategorii Délka hospitalizace jsme se děti dotazovali, jestli vědí, jak dlouho budou muset v nemocnici zůstat. Všechny byly informovány, kdy budou moci jít domů. Některým byl sdělen přesný termín, některé odpověděly asi do 2 - 3 dnů, tedy měly určitou představu a záleželo na jejich zdravotním stavu či výsledcích. Žádný respondent neřekl, že neví, kdy bude propuštěn.

Kategorie Znalost dítěte o plánovaných vyšetřeních

Znalost dítěte o plánovaných vyšetřeních

Děti jsme se také tázali, zda ví, co jim budou v nemocnici dělat. Z jejich odpovědí bylo zřejmé, že všechny děti byly seznámeny srozumitelným způsobem, jaká je čekají vyšetření nebo operace. Pouze jeden respondent D4 řekl, že neví. Děti měly představu, jak ta vyšetření budou probíhat, dokázaly to svými slovy popsat.

Schéma 10 Kategorie Oblíbené věci z domova

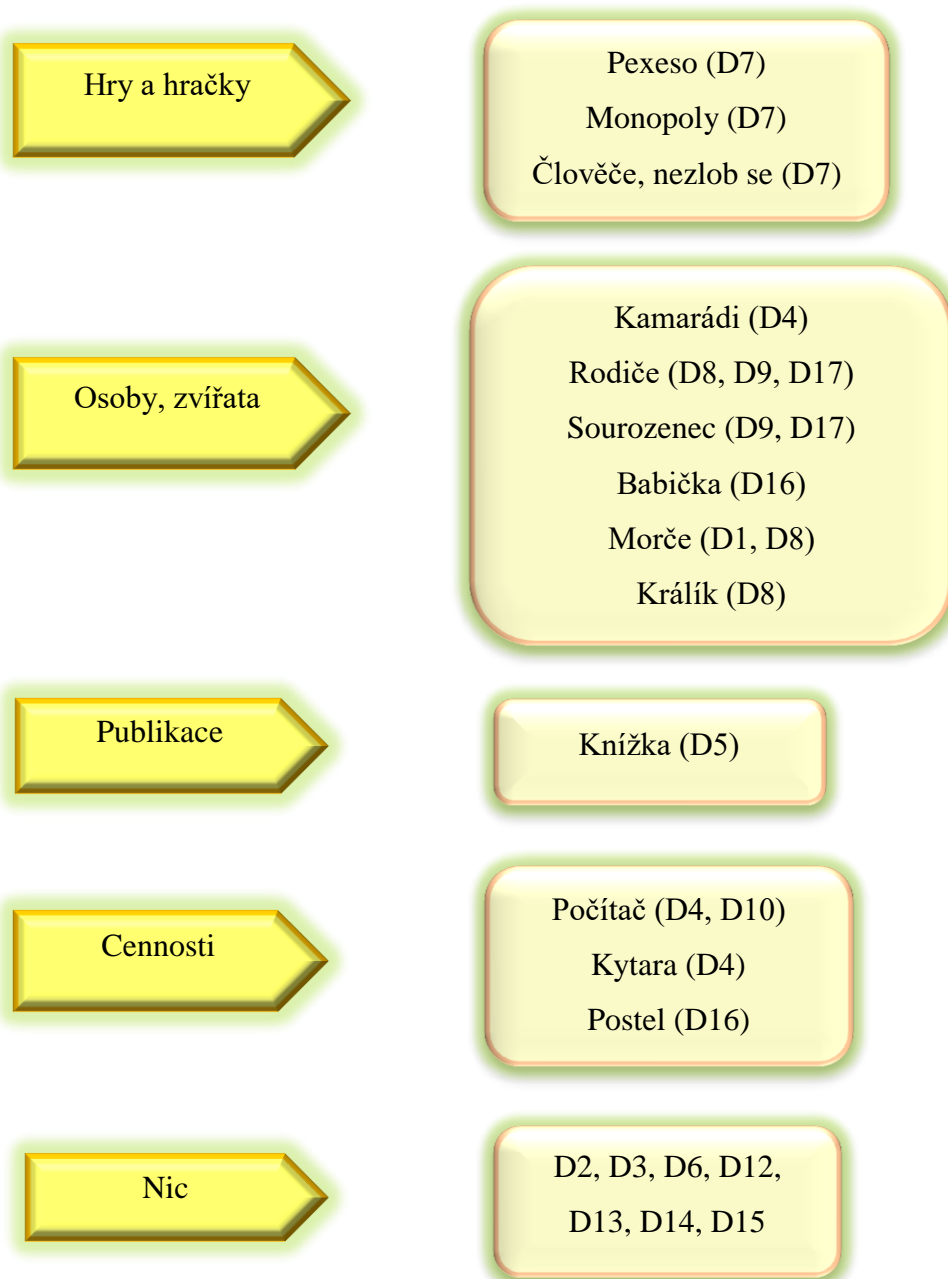


Aby se děti cítily v nemocnici skoro jako doma, je dobré, aby měly s sebou nějakou oblíbenou věc. Věci, které si děti z domova přivezly do nemocnice, ukazuje schéma kategorie Oblíbené věci z domova. Děti si vzaly, nebo nechaly dovézt, s sebou různé hry a hračky, nechyběly ani stavebnice. Dívka D2 si vzala pastelky na kreslení, respondentka D12 bužírky a korálky k vyrábění šperků. Pro starší děti (D6, D17) byl nepostradatelný mobilní telefon, dva respondenti (D4, D15) měli s sebou tablet. Další děti si vzaly knížky a časopisy.

Schéma 11 Kategorie Co dětem chybí z domova

Co dětem chybí z domova

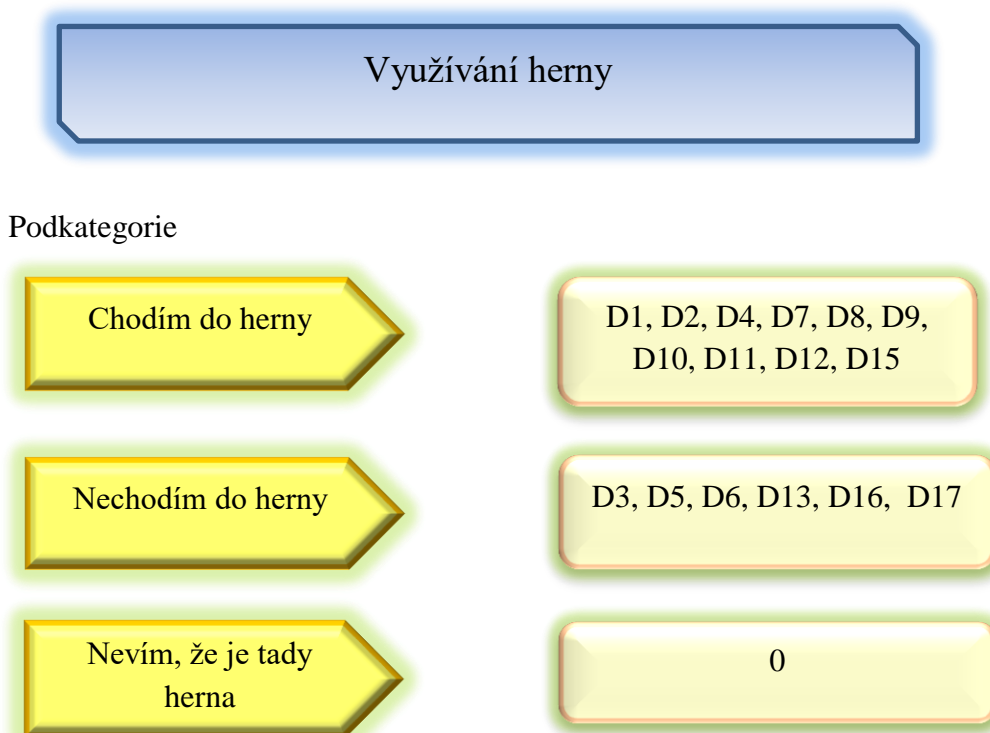
Podkategorie



V kategorii Co dětem chybí z domova jsme zjišťovali, zda by chtěly mít v nemocnici ještě některé jiné oblíbené věci, případně osoby. Nejvíce dětem chyběli

jejich blízcí, rodina a kamarádi. Třem dětem se stýskalo po domácích mazlíčcích, jedné holčičce (D8) dokonce i po králíkovi, i když ji kousal a byl na ni podle jejích slov zlý. Doufala, že se polepší. Respondentce D7 chyběly stolní hry, zejména Monopoly, Člověče nezlob se a Pexeso. Dva chlapci (D4, D10) postrádali počítač a jeden kytaru, na kterou rád hrál. Téměř polovina oslovených dětí nepotřebovala žádné další věci, v nemocnici se nenudily a byly spokojené s tím, co mají a jak je herna zásobená hračkami.

Schéma 12 Kategorie Využívání herny



Na každém dětském oddělení bývá pro děti herna s množstvím hraček, stolních her, knížek a pastelek na kreslení. Zda děti vůbec ví, že mají v nemocnici herna, zda se jim líbí a hrají si tam, jsme se ptali v kategorii Využívání herny. Hodně dětí si herna na oddělení oblíbilo. Hrály si tam s ostatními a měly v ní i společný program s vychovatelkou, kdy vyráběly různé výrobky a kreslily si. Poměrně velký počet respondentů do herny vůbec nechodil, spokojil se s televizí a svými věcmi a zůstával v pokoji. Některé děti do herny nesměly kvůli klidovému režimu na lůžku, ačkoliv by tam šly jinak rády.

4.2 Výsledky šetření u zdravotnického personálu - sester

Tabulka 2 Identifikační údaje sester

Respondent	Dětská sestra	Nejvyšší dosažené vzdělání	Typ oddělení	Délka praxe
S1	Ne	Středoškolské	Dětská gastroenterologie	3
S2	Ne	Středoškolské	Dětská gastroenterologie	5
S3	Ne	Vysokoškolské	Dětská psychiatrie	3
S4	Ne	Středoškolské	Dětská psychiatrie	22
S5	Ne	Vyšší odborné	Dětská chirurgie	3
S6	Ano	Středoškolské specializační +	Dětská chirurgie	15

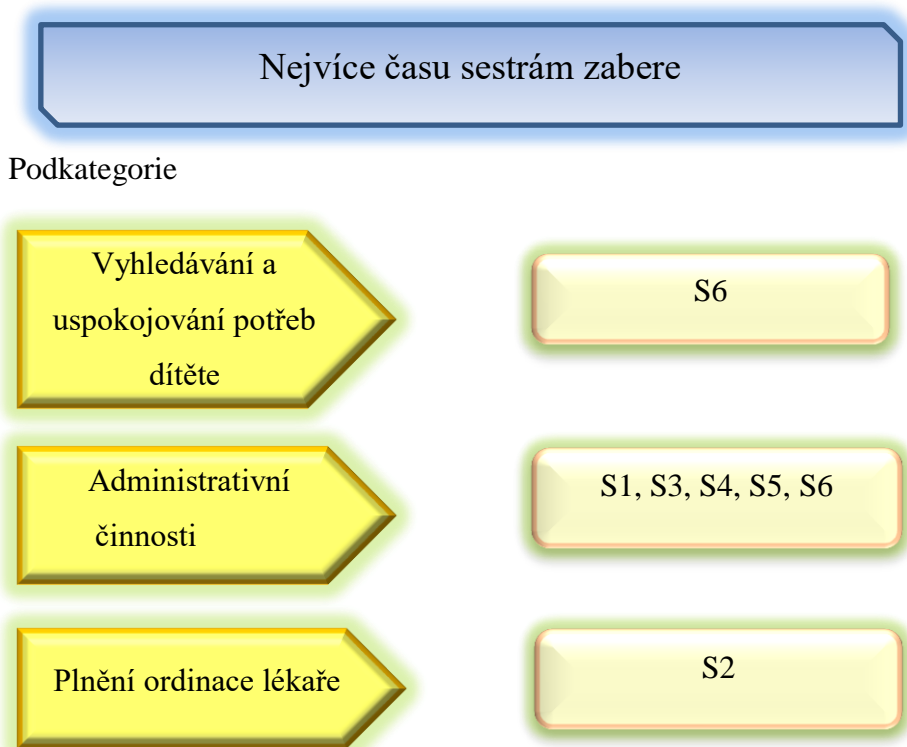
Vysvětlivka barevného označení respondentů:

gastroenterologické oddělení	psychiatrické oddělení	chirurgické oddělení
------------------------------	------------------------	----------------------

V tabulce 2 uvádíme identifikační údaje sester, se kterými jsme při našem výzkumném šetření vedli rozhovor. Z každého oddělení jsme se snažili vybrat jednu sestru s kratší praxí a druhou s delší pracovní zkušeností. To se nám ale na oddělení dětské gastroenterologie nepodařilo. Ze všech dotazovaných sester (celkem 6) byla pouze 1 sestra dětská, ostatní byly všeobecné. Středoškolské vzdělání měly 4 respondentky, z nichž 1 měla také specializaci v oboru Dětská sestra. Jedna dotazovaná sestra měla vyšší odborné a jedna vysokoškolské vzdělání. Délka praxe se pohybovala od 3 do 22 let.

4.2.1 Odpovědi na třetí výzkumnou otázku

Schéma 13 Kategorie Nejvíce času sestřám zabere

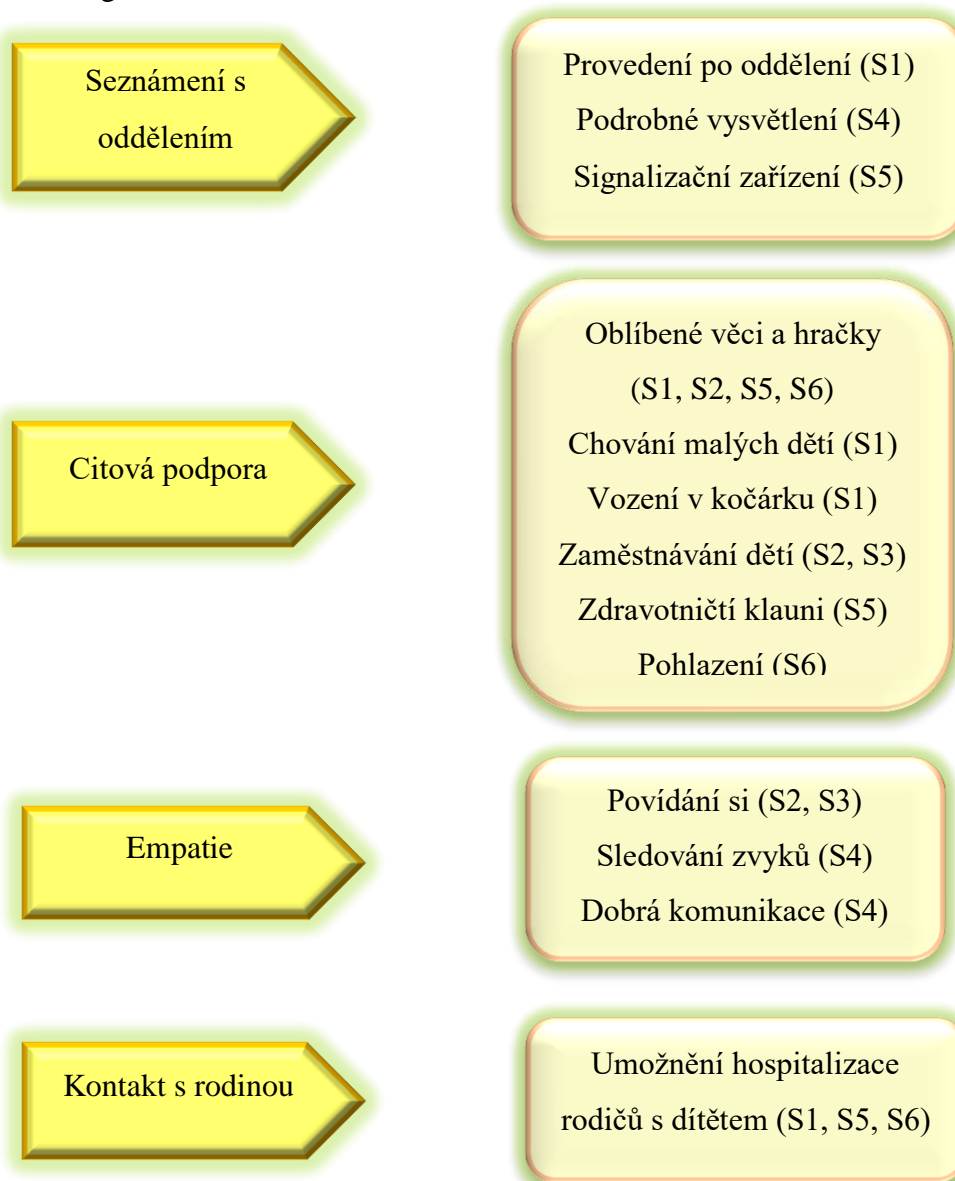


Ve výše uvedené kategorii (Schéma 13) jsme zjišťovali, jaké činnosti zaberou sestřám převážnou část práce v jedné směně. Zda je to vyhledávání a uspokojování potřeb dítěte, administrativní činnosti, nebo plnění ordinací lékaře. Pět sester z šesti tázaných odpovědělo, že jim nejvíce času zaberou administrativní činnosti. Respondentka S6 z chirurgického oddělení uvedla spolu s administrativní činností vyhledávání a uspokojování potřeb dětí. Respondentka S2 z oddělení gastroenterologie zhodnotila, že nejvíce času jí zabere plnění ordinace lékaře. Sestra S5 z dětské chirurgie uvedla: „Řekla bych, že nejvíce času nám zabere administrativa, pak samozřejmě podávání těch léků a tak dále, ale té administrativy je opravdu hodně. Takže ta zabírá velkou část dne. Ale samozřejmě, že nejvíc ta péče o dítě“.

Schéma 14 Kategorie Způsoby zajištění potřeby jistoty a bezpečí

Způsoby zajištění potřeby jistoty a bezpečí

Podkategorie



Ve výše znázorněné kategorii jsme se zaměřili na to, jakými způsoby zajišťují sestry potřebu jistoty a bezpečí u dětí mladšího školního věku. Na podkladě analýzy rozhovorů jsme vytvořili čtyři podkategorie a definovali pojmy: seznámení dítěte s oddělením, citová podpora, empatie a kontakt s rodinou.

Téměř všechny respondentky se shodly na tom, že má-li mít dítě uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí, je pro něho důležité, aby mělo kolem sebe hračky, se kterými by si hrálo. Polovina respondentek vidí velké pozitivum, když je dítě hospitalizované společně s rodičem, neboť ten je největším zdrojem jistoty a bezpečí pro dítě. Dvě respondentky (S2 a S3) zmínily, že je vhodné, aby bylo přes den dítě zapojeno do různých činností. Sestra S3 z psychiatrického oddělení dodala: *„Řekla bych, že se děti u nás adaptují rychle. Mají tady skoro pořád nějaký program, zvykají si tu dobře.“* Druhá sestra z psychiatrického oddělení (S4) odpověděla: *„Jde o empatii, zaměřit se na konkrétní osobu, sledovat její zvyky, aby se dítě cítilo bezpečně. Důležitá je dobrá komunikace, vše mu vysvětlit.“*

Respondentky S1, S5 a S6 vnímaly jako hlavní zdroj potřeby jistoty a bezpečí společnou hospitalizaci dětí s matkou. *„Když je tady dítě bez maminky, tak asi taková ta potřeba hry, potřeba i pohlazení, chytout za ruku pro něj v takových nepříjemných chvílích,“* domnívá se S6 z chirurgického oddělení. Respondentka S1 z gastroenterologie dodala: *„Když jsou tu děti bez rodičů, dost často se stává, že jsou ze sociálních rodin, takže tady s nimi chodíme v náručí a pracujeme s nimi, protože nejde tam to dítě nechat v posteli, aby si ho nikdo nevšímal. A já tu práci musím udělat, takže buď to dítě vozíme tady v kočárku, nebo cokoli jiného.“*

Po přijetí dítěte do nemocnice je žádoucí ho provést po oddělení a ukázat mu, kde co je a vše mu vysvětlit. Na tom se shodly respondentky S1 a S4. Respondentka S5 z chirurgického oddělení vnímala jako důležitý pilíř získání důvěry dětí. *„Vždycky jim říkáme, že je možnost zazvonit si kdykoli na nás. Chodí sem i klauni, kteří to tady taky zlepšují. Celkově ty děti vědí, že kdykoli se na nás můžou obrátit, zazvonit, cokoli nám říci.“*

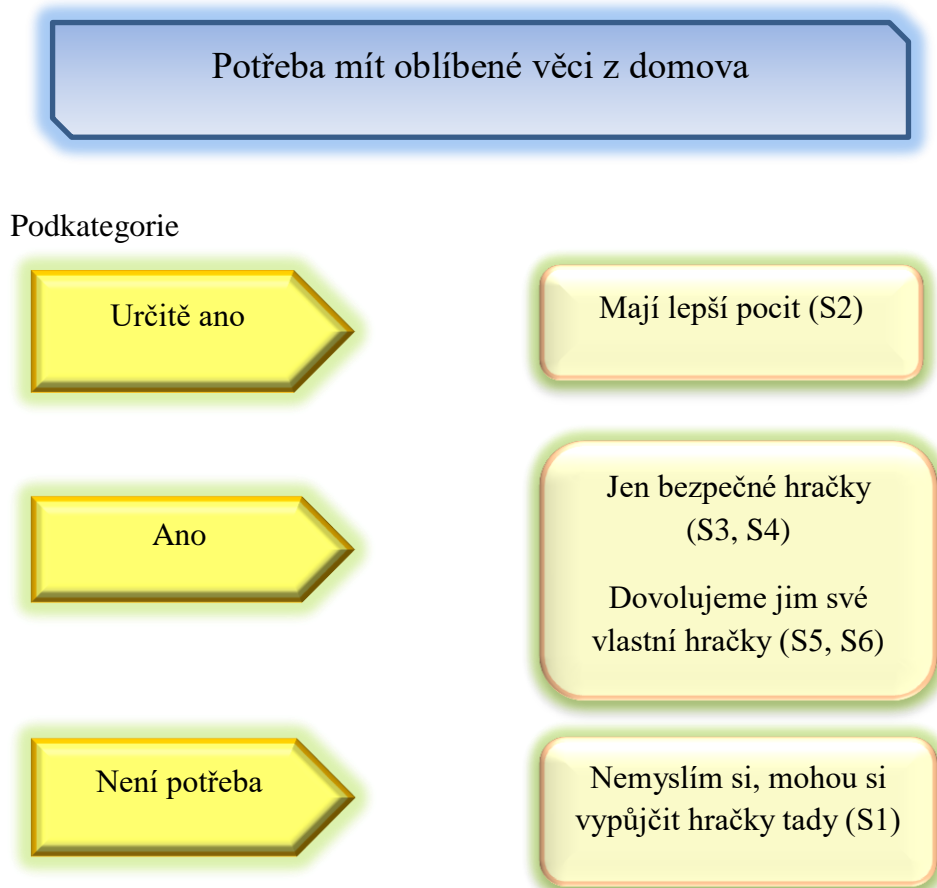
Schéma 15 Kategorie Způsoby seznámení dítěte s oddělením



V další kategorii (Schéma 15) jsme mapovali, jakým způsobem seznamují sestry nově přijaté dítě (a jeho rodiče) s provozem oddělení, s ostatními dětmi a s ostatním personálem. Odpovědi respondentek se dost shodovaly. Všechny sestry dítě obvykle provedou po oddělení a vysvětlí mu, kde se co nachází a ukážou mu signalizační zařízení. Seznámí ho s ostatními dětmi na pokoji. Pouze dvě sestry S1 z gastroenterologického oddělení a S6 z chirurgického oddělení uvedly, že dětem řeknou své jméno, ostatní dotazovaný personál nemá ve zvyku se představovat. S5 z chirurgického oddělení vysvětlila: „*Když střídáme směnu, tak personál, který přijde na noc, si sám obejde děti, pozdraví je a řekne, že se o ně teďka bude starat on. Ale není to, že bychom ho provázeli a říkali: teďka se o tebe bude starat tahle sestřička, to ne*“. Respondentka z chirurgického oddělení S6 odpověděla: „*Ukážeme jim oddělení, děti na pokoji. A s ostatním personálem, to podle toho, kdo slouží, jak se jim představí*“.

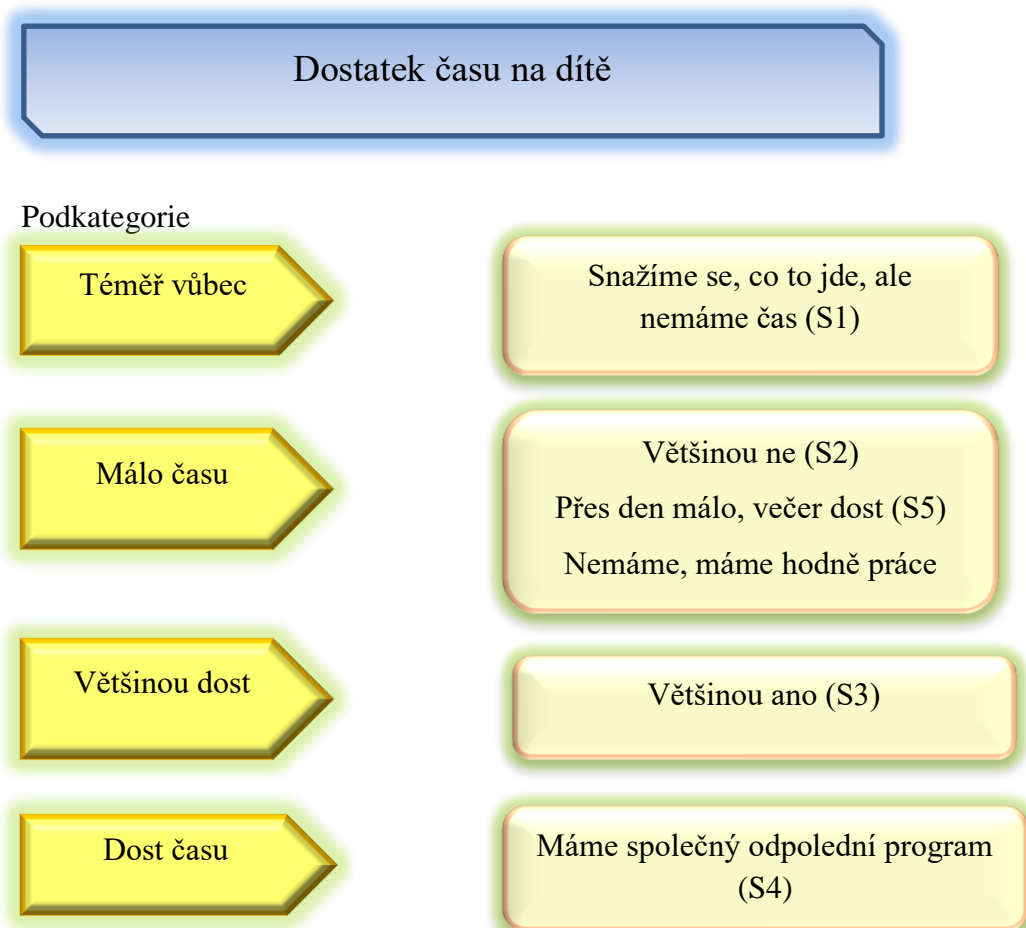
Sestry z psychiatrického oddělení (S3 a S4) zmínily, že dětem důkladně vysvětlí pravidla provozu na oddělení a jaký budou mít program přes den. Sestra S1 z gastroenterologického oddělení děti informuje, že mají možnost si hrát v 10. patře ve velké herně.

Schéma 16 Kategorie Potřeba mít oblíbené věci z domova



Ve výše uvedené kategorii Potřeba mít oblíbené věci z domova jsme se ptali sester, zda se domnívají, že dítě mladšího školního věku potřebuje mít s sebou v nemocnici nějakou oblíbenou hračku nebo předmět z domova. Následně jsme se informovali, zda jim to dovolují. Výsledné odpovědi ve schématech ukazují, že všechny sestry dovolují dětem mít na oddělení své oblíbené věci z domova. Sestry z psychiatrického oddělení S3 a S4 však upřesnily, že jim dovolují jen bezpečné hračky. Nebezpečné hračky jim zabavují. Zcela protikladně odpověděly sestry z oddělení gastroenterologie. S2 odpověděla: „*Určitě jo. Mají lepší pocit, že tady mají něco z domu*“. S1 naopak řekla: „*Ne, nemyslím si, že by ty děti byly na své hračky tolik fixované. A když, tak si něco půjčí tady*“.

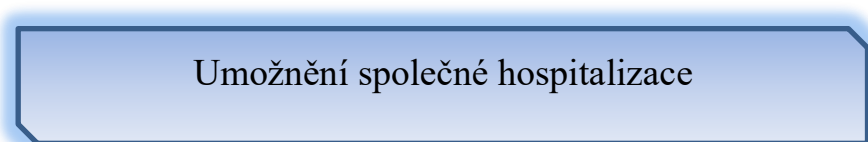
Schéma 17 Kategorie: Dostatek času na dítě



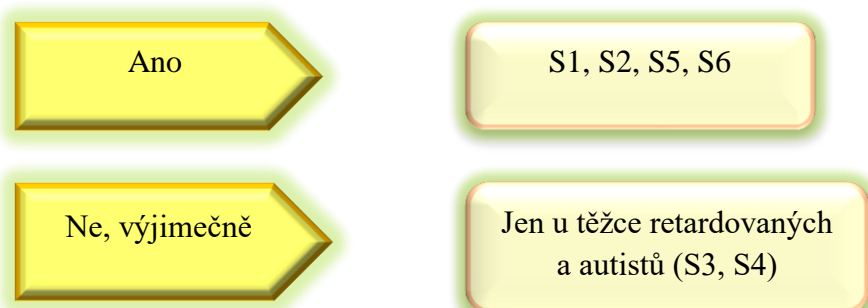
K zamyšlení, zda mají sestry dostatek času být s dítětem, hrát si s ním a být mu oporou, když u něho nejsou jeho rodiče, směřovala naše další otázka. Dle odpovědí sester jsme v kategorii Dostatek času na dítě vytyčili následující podkategorie: téměř vůbec, málo, většinou dost a dost času. Převládalo konstatování, že sestry mají na děti málo času. Sestra (S6) z chirurgického oddělení si postěžovala, že mají hodně jiné práce a nemají dostatek času být s dětmi a věnovat se jim. Druhá sestra (S5) z chirurgického oddělení na otázku odpověděla: „*Ne vždycky, třeba večer je toho času, si myslím, daleko víc, ale přes den, kdy se jezdí na sály, operuje se, přijímají se plánovaný příjmy na další den, tak toho času prostě tolik není. A není nás tady tolik, abychom si mohli sednout a hrát si s tím dítětem. Proto nám sem docházejí ty učitelky, proto jsou tady ti klauni a tak. Ale pro nás toho času tolik není, myslím*“. Podobně odpověděla sestra (S1) z oddělení gastroenterologie: „*Ne, přijde mi, že vůbec. Snažíme se, co to jde, ale přijde mi, že na to není vůbec čas, abych si tady s dítětem sedla a hrála si s ním, to jako nehrozí.*“

Sestry z psychiatrického oddělení vnímají, že mají většinou dost času trávit s dětmi čas. Jejich úloha je více výchovná. Sestra S5 totiž zmínila: „Řekla bych, že ano. Dopoledne bývají děti ve škole, během dne mají spoustu činností, odpoledne chodí ven nebo do herny, nebo něco vyrábějí. Na děti máme více času odpoledne, kdy jsme tady dvě. Máme společný odpolední program, takže prostor být s dětmi je.“

Schéma 18 Kategorie Umožnění společné hospitalizace

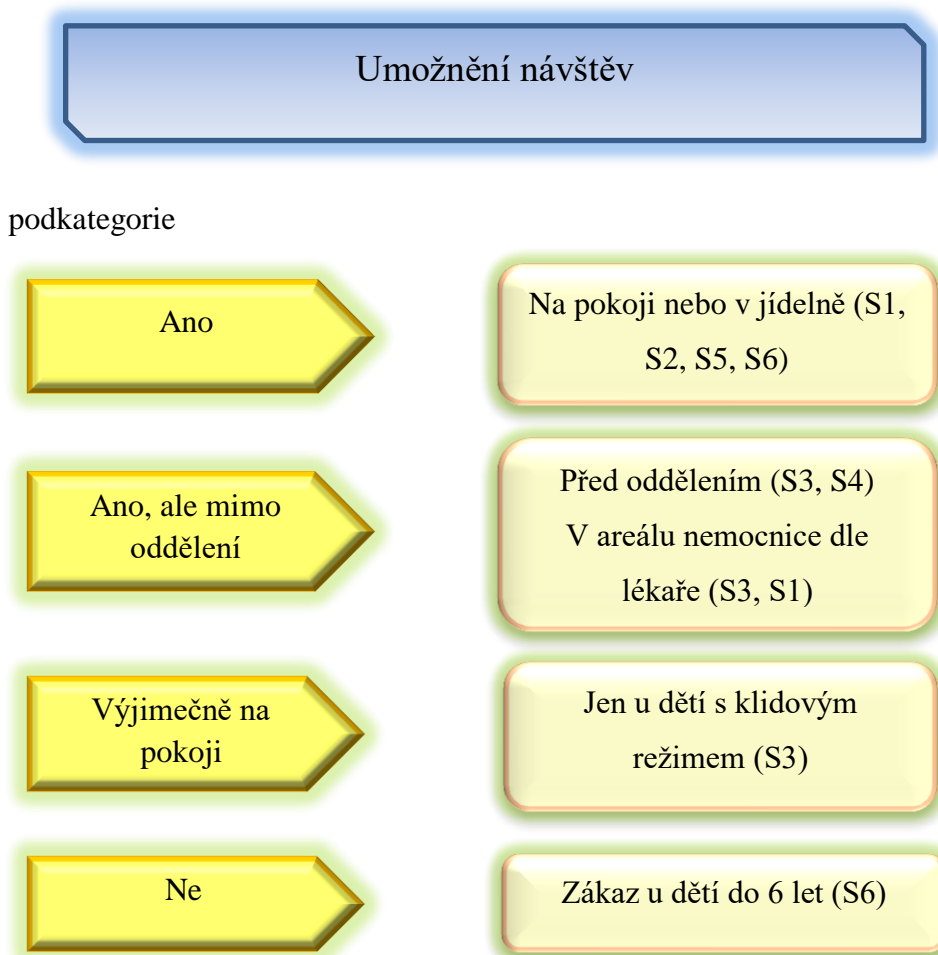


Podkategorie



V kategorii Umožnění společné hospitalizace rodičů s dětmi jsme se ptali sester, zda přijímají s dítětem mladšího školního věku i jeho rodiče (otce nebo matku) ke společné hospitalizaci, nebo chodí pouze na návštěvy. Na oddělení gastroenterologie a dětské chirurgie ve FN Motol je dovolené přijímat k hospitalizaci dítěte i rodiče. Záleží to na rodičích, jestli chtějí být s dítětem v nemocnici, anebo jenom docházet na návštěvy. Na oddělení dětské psychiatrie jsou přijímáni rodiče jen výjimečně, a to u těžce retardovaných dětí a u dětí s autismem.

Schéma 19 Kategorie Umožnění návštěv

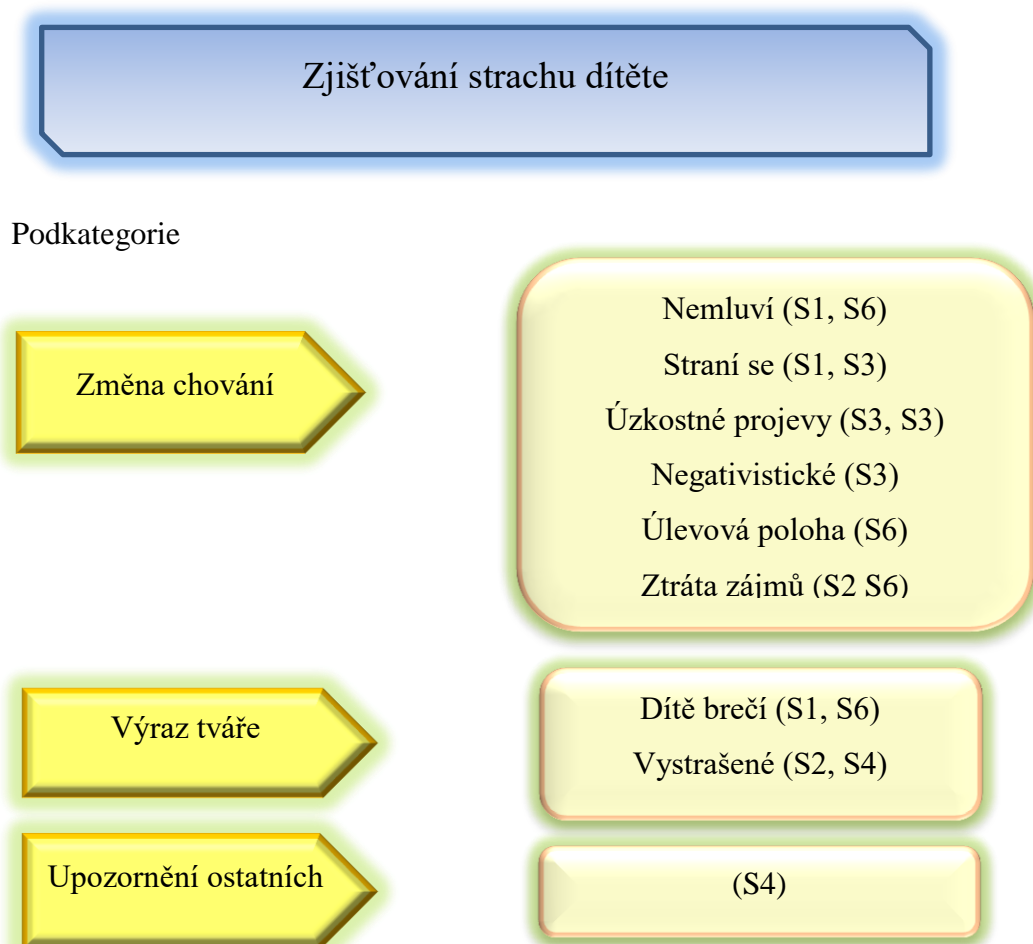


V kategorii Umožnění návštěv jsme se dotazovali sester, zda dovolují ostatním rodinným příslušníkům (sourozencům a prarodičům), aby navštěvovali dítě mladšího školního věku na oddělení, nebo zda se s ním mohou setkat pouze mimo oddělení. Jak uvedly sestry z oddělení dětské gastroenterologie a dětské psychiatrie, návštěvy jsou možné na pokoji či v jídelně a při svolení lékaře jsou dovolené vycházky do areálu nemocnice. Sestra S6 z chirurgického oddělení dodala, že dětem mladším šesti let obvykle návštěvu nepovolují.

Na oddělení dětské psychiatrie je návštěvní řád jiný, jak vysvětlila sestra S2: „Na oddělení dovolujeme návštěvy jen u dětí, které mají klid na lůžku. Jinak je zákaz návštěv na oddělení. Rodiče se mohou s dětmi setkat na vymezeném místě před oddělením, nebo jít s nimi ven do areálu nemocnice. Kamarádi je mohou navštívit, pouze pokud jsou uvedeni v souhlasu při přijetí. Vycházky jsou dovoleny dětem, jen pokud jim to dovolí lékař, a mají buď krátkou, kdy mohou být pouze v areálu nemocnice, nebo dlouhou vycházku, kdy mohou i mimo areál nemocnice“.

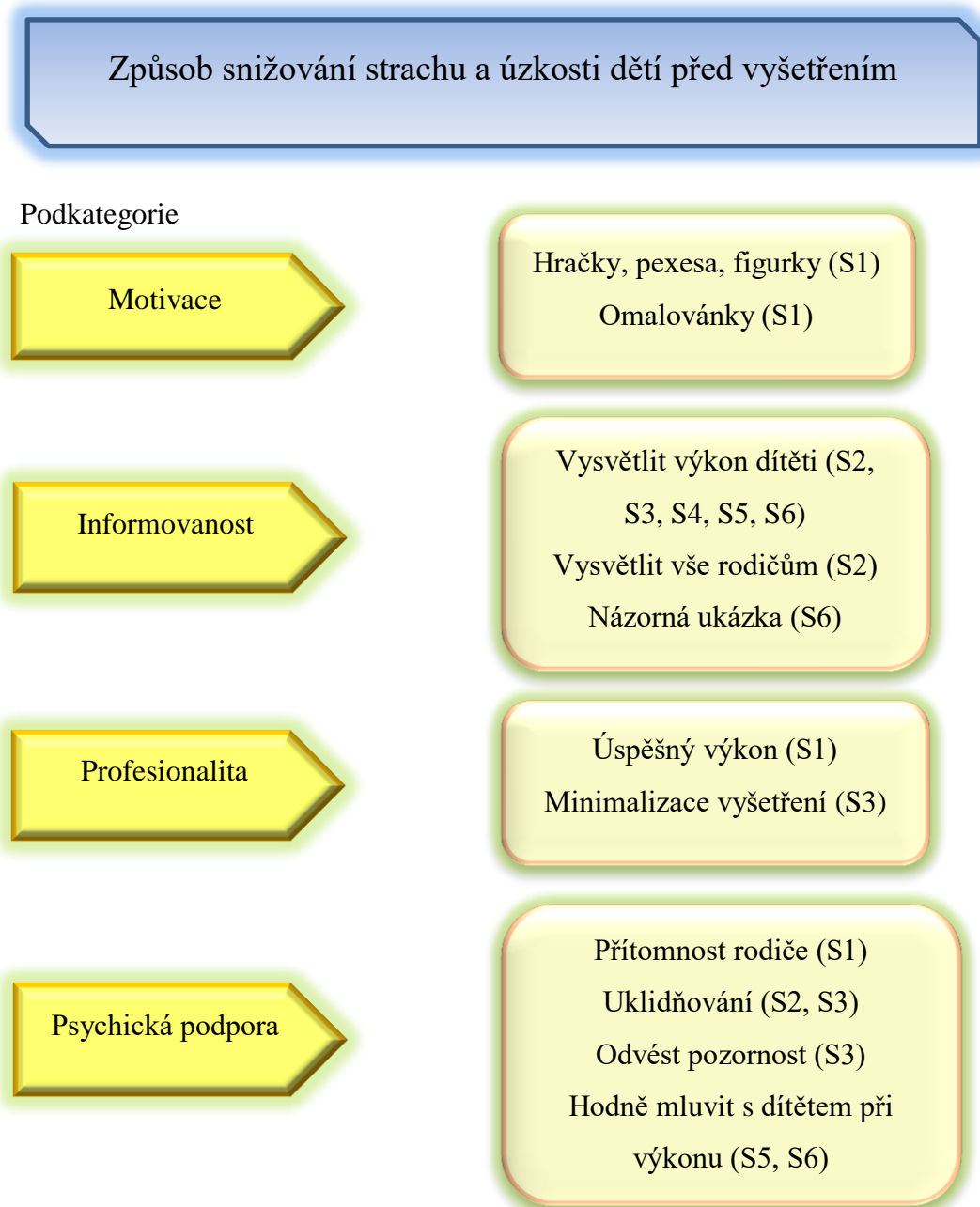
4.2.2 Odpovědi na čtvrtou výzkumnou otázku

Schéma 20 Kategorie Zjišťování strachu dítěte



Ve výše uvedené kategorii (Schéma 20) nás zajímalo, jak poznají sestry, že se dítě mladšího školního věku něčeho bojí, pokud jim to samo neřekne. Z analýzy odpovědí jsme vytvořily podkategorie: změna chování, výraz tváře a upozornění ostatních dětí. Dítě, které se něčeho bojí, se pozná, podle zkušeností sester, ze změny chování – nechce se mu moc mluvit, straní se sester, nebo od nich utíká, nechce nikam chodit, je negativistické, nechce se dívat na televizi a nehraje si. Často volí úlevovou polohu. Z jeho tváře se dá vyčíst vystrašenost, úzkost. Dítě, které se bojí, většinou pláče. Sestra S4 podotkla, že ostatní děti je často upozorní, když si všimnou, že se s dětmi něco děje.

Schéma 21 Kategorie Způsob snižování strachu a úzkosti dětí před vyšetřením



Během hospitalizace se děti setkávají s řadou nepříjemných vyšetření a zákroků. Mohou pro ně být velmi bolestivé, mnohdy si děti neumí představit, jak budou výkon prožívat a mají z něho velký strach. Jak připravují sestry dítě na vyšetření nebo zákrok, aby snížily jeho strach, úzkost i bolest, znázorňuje výše uvedené schéma 21. Podle analýzy výsledků rozhovorů se sestrami jsme vymezili čtyři podkategorie způsobů snížení strachu a úzkosti: motivací, informovaností, profesionalitou a psychickou podporou.

Téměř všechny respondentky zdůraznily vysvětlení zdravotnického výkonu dítěti. Sestra S5 z chirurgického oddělení přímo odpověděla: „*Záleží to na věku, určitě. Řádnou edukací. Hodně s ním mluvit, to je důležitý, veškerý postup mu vysvětlit tak, jak to jde - jak před samotným vyšetřením, tak při tom vyšetření, co se děje.*“ Druhá sestra S6 z chirurgického oddělení měla i zkušenosti s praktickou přípravou: „*Já jsem dělala herního terapeuta, tak jsme ukazovali na plyšácích - kanylu, obvazy, všechno. Takže si na to mohly sáhnout. Myslím, že je důležitý připravit plno dětí. V mladším školním věku se už dají připravit tak, aby neměly strach – tím vysvětlením a názornou ukázkou. Je důležitý odhadnout dítě, trošku si ho jako ořukat. Někdo potřebuje poučení těsně před, některý děti třeba den před tím, že se jim to rozleží v hlavičkách a potom se třeba na něco zeptají. Ono to je různý.*“

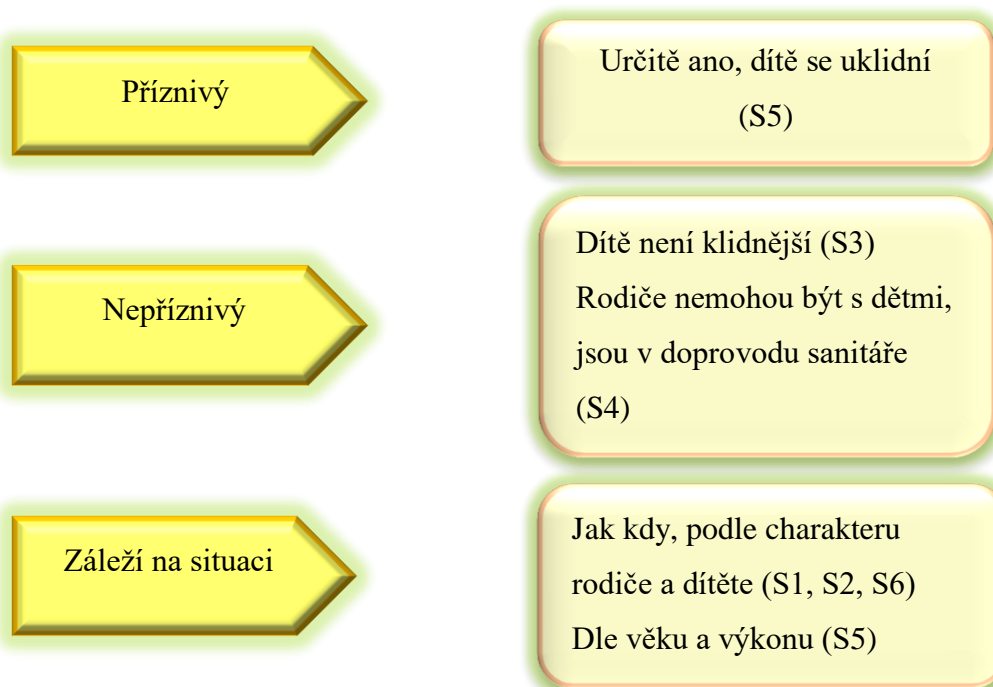
Sestra S1 z oddělení gastroenterologie snižuje strach dětí většinou nějakou motivací. „*Máme tady spoustu hraček, které dostanou za odměnu, když zvládnou odběry nebo takový šuplíčky. Vždycky je jako navnadíme, že si z toho můžou něco vybrat. Máme tam omalovánky, pexesa, nějaký figurky a tak. Takže asi tímhle. Samozřejmě se snažíme, aby se to podařilo jako napoprvé, abychom to dítě dlouho netrápili. Ale ty hračky jsou dobrá motivace.*“

Sestry S2 a S3 z psychiatrického oddělení mimo jiné zmínily, že je potřeba dítě uklidňovat. Dále sestra S3 dodala: „*Při vyšetření se budu snažit odvést pozornost. Snažit se, aby dítě nemělo zbytečně moc nepříjemných vyšetření, zákroků.*“ Sestra S1 z gastroenterologie vyzdvihovala i výhodu přítomnosti rodiče u vyšetření nebo zákroku, dítě se dle jejích slov cítí nejbezpečněji.

Schéma 22 Kategorie Efekt přítomnosti rodiče při vyšetření nebo zákroku dítěte z pohledu sester

Efekt přítomnosti rodiče při vyšetření nebo zákroku

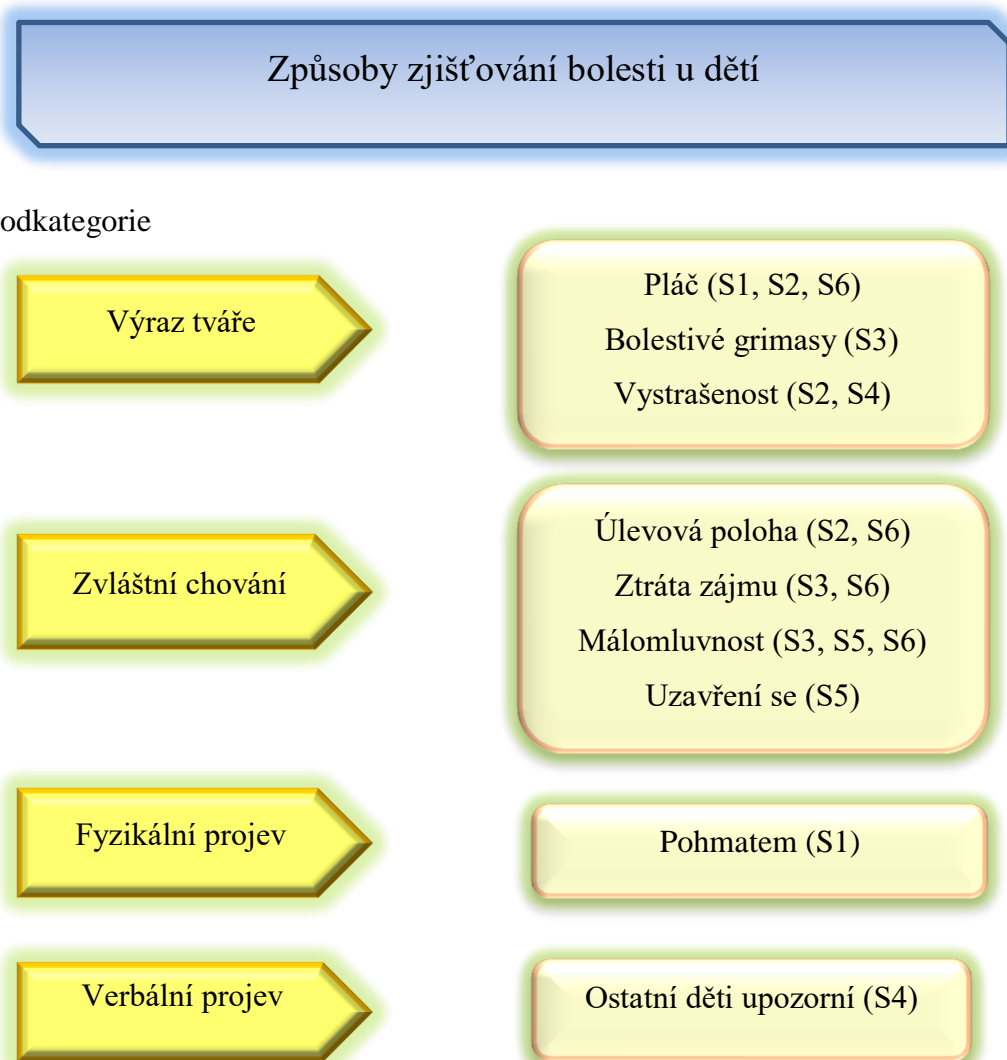
Podkategorie



V kategorii Efekt přítomnosti rodiče při vyšetření nebo zákroku dítěte jsme zjišťovali názor sester, zda je dítě klidnější, když je s ním při bolestivém vyšetření nebo zákroku jeho rodič.

Pouze jedna sestra S5 z chirurgického oddělení byla přesvědčená, že to efekt určitě má, že se dítě v přítomnosti rodiče uklidní, může ho držet za ruku a soucítit s ním. Podotkla ale, že záleží na věku dítěte. Ostatní sestry odpovídaly, že to závisí na situaci. Sestra S6 z chirurgického oddělení odpověděla: „Záleží na tom, jaký ty rodiče jsou, jak to vnímají. Protože někdy dochází k tomu, že ty děti vystresuje víc ten rodič. Takže je to individuální a rozhodně zvážit, jaká ta maminka, tatínek je, jak se chová v nějakých těch stresových situacích. Takže někdy jo, někdy je to super, ale někdy je lepší, aby tam nebyli.“

Schéma 23 Kategorie Způsoby zjišťování bolesti u dětí

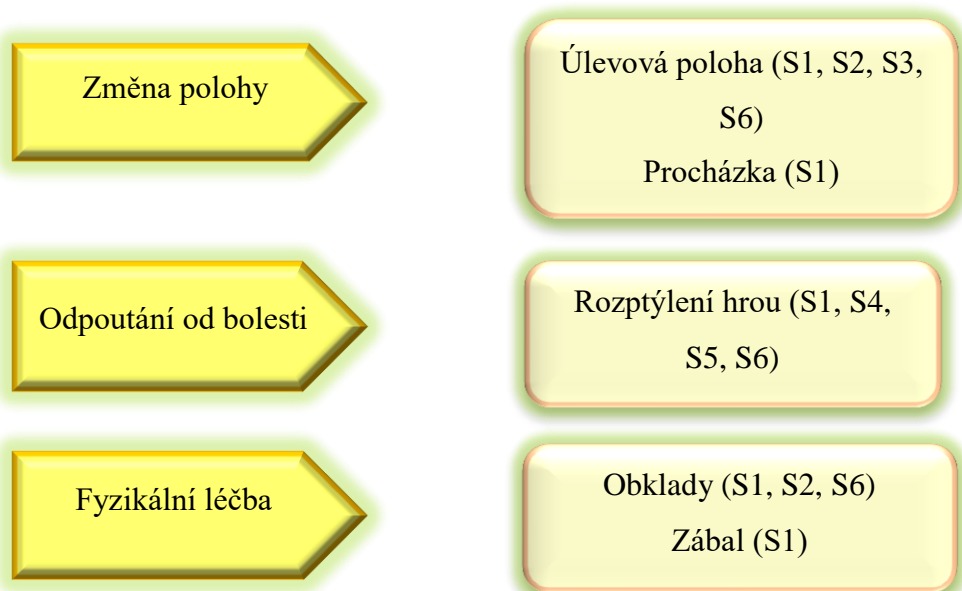


Ve výše uvedené kategorii (Schéma 23) jsme se zajímali, jak poznají sestry, že dítě mladšího školního věku něco bolí, pokud jim to nechce nebo nemůže říct. Na základě analýzy odpovědí jsme vytvořili čtyři podkategorie: výraz tváře, zvláštní chování, fyzikální vyšetření a verbální projev. Z výrazu tváře lze vyčíst bolest dle respondentek S1, S2 a S6. Respondentka S3 zmínila, že dítě dělá bolestivé grimasy a sestry S2 a S4, že je dítě vystrašené. Většina sester popisovala, že má dítě při bolesti zvláštní chování, jedná se o ztrátu zájmů, kdy si nehraje, nechce sledovat televizi, méně mluví, uzavře se do sebe, mnohdy volí úlevovou polohu. Lékaři zjišťují bolestivost pohmatem. Respondentka S4 podotkla, že ostatní děti, pokud si všimnou, že některé dítě něco bolí, na to mnohdy sestry upozorní.

Schéma 24 Kategorie Způsoby nefarmakologického tišení bolesti

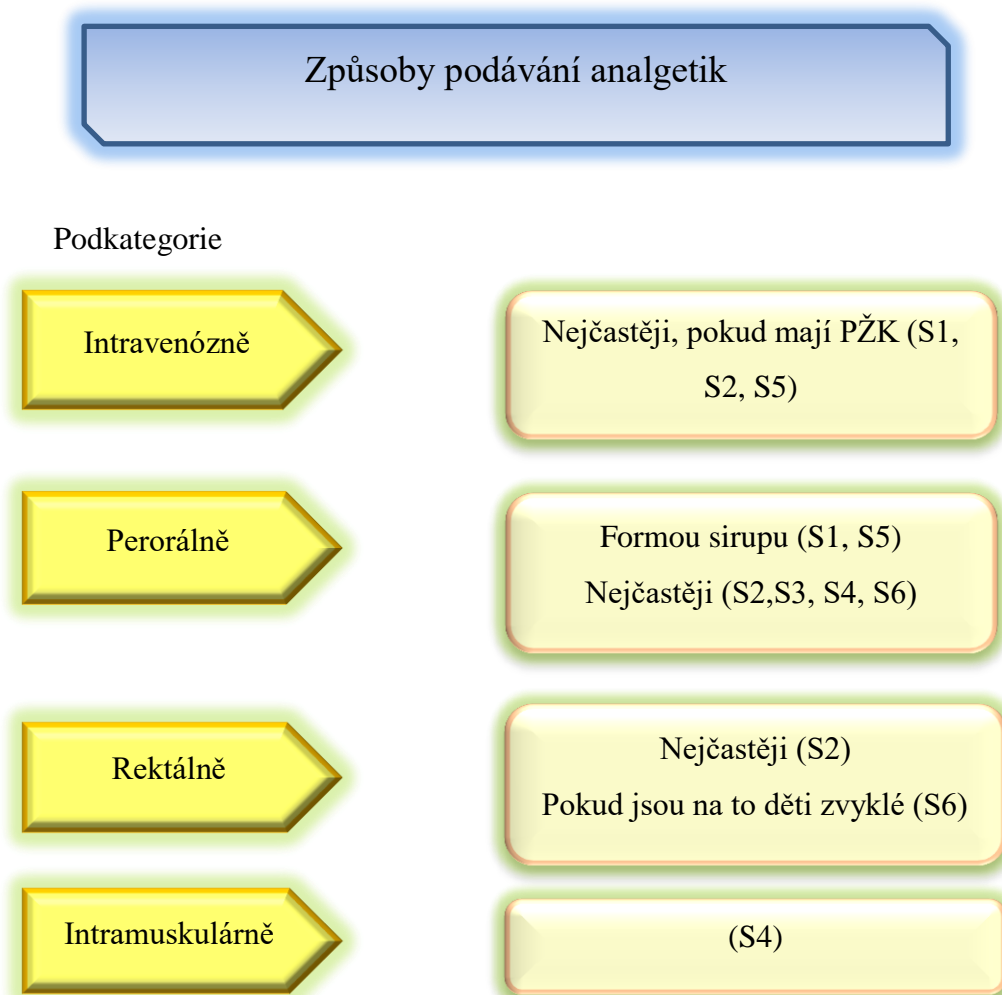
Způsoby nefarmakologického tišení bolesti

Podkategorie



Ve výše uvedené kategorii (Schéma 24) jsme se sester tázali, jakým nefarmakologickým způsobem zajišťují dětem mladšího školního věku potřebu být bez bolesti. Většina sester (S1, S4, S5, S6) uvedla odpoutáním pozornosti od bolesti nějakou hrou nebo čtením pohádky. Respondentky S1, S2, S3 a S6 uvedly změnu polohy a zvolení úlevové polohy. Respondentka S1 z gastroenterologie tvrdila, že také mnohdy pomáhá, když se děti projdou a střeva se více „rozhýbou“, pokud je bolí břicho. Další častou metodou, kterou sestry rády volí, jsou obklady či zábaly.

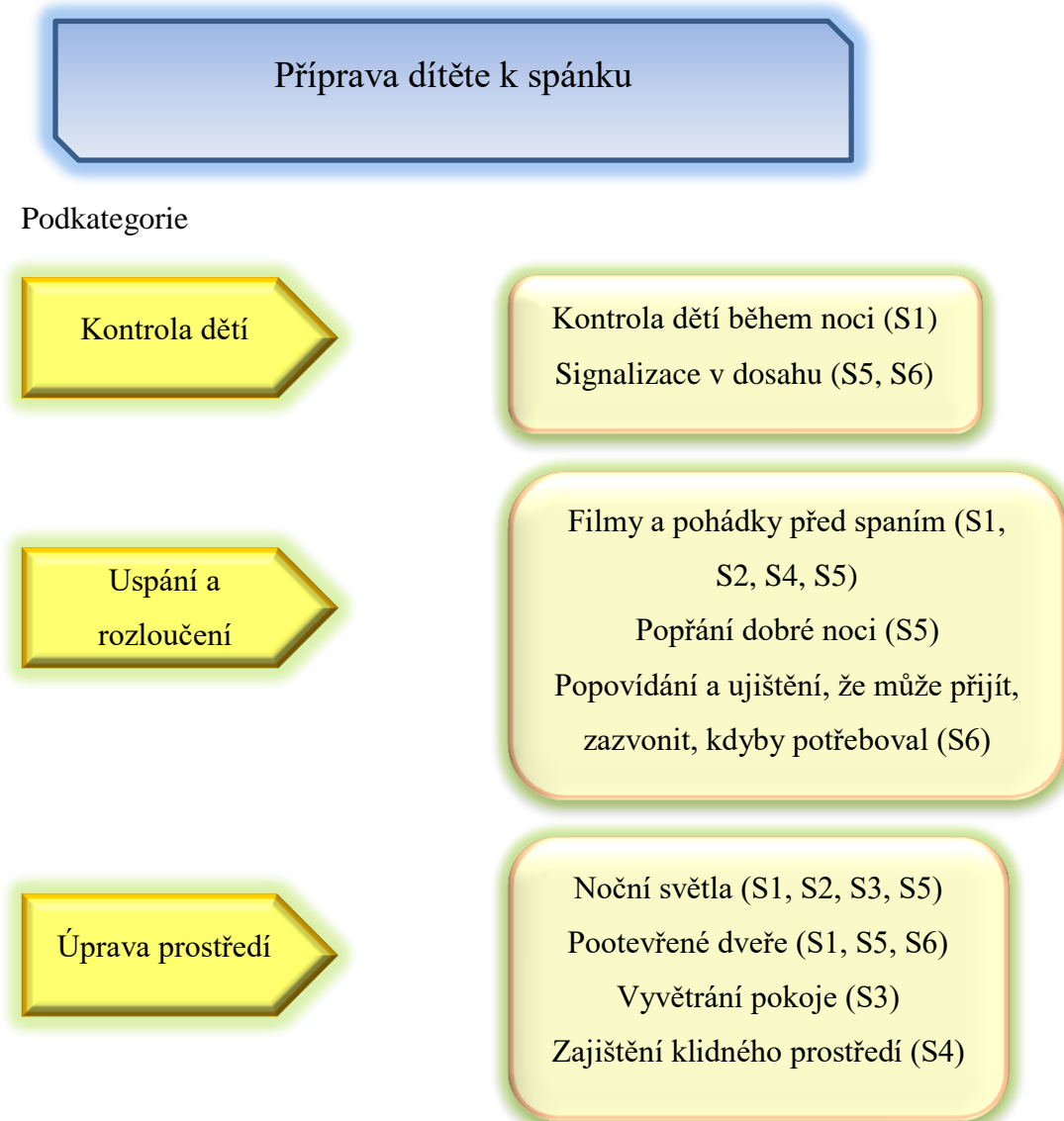
Schéma 25 Kategorie Způsoby podávání analgetik



V kategorii Způsoby podávání analgetik jsme se informovali, jakým způsobem podávají sestry léky proti bolesti, pokud je lékař naordinuje. Nejčastěji volí perorální podávání analgetik, u malých dětí formou sirupu. „Když mají zajištěnou žílu“, jak uvedla sestra S1 z gastroenterologie, „tak nejvíce intravenózně, protože je to nejrychlejší. A když už je to perorálně, tak většinou nadrtit s nějakým sirupem. Ono, když je to sladoučký, tak se tomu relativně ty děti nebrání. Dáváme jim to do stříkačky.“

Sestra z chirurgie S6 odpověděla: „Většinou tabletky, takže per os a per rectum – některý děti jsou zvyklí na čípky a nevdí jim to, takže prostě radši chtějí čípek než tabletku. Záleží, jak jsou i zvyklí z domova.“

Schéma 26 Kategorie Příprava dítěte k spánku



Noc a s ní spojená tma může být pro dítě zdrojem neklidu, strachu a stýskání po domově, zvláště pokud je hospitalizované bez rodiče. Sestry by se měly snažit dítě láskyplně uložit ke spánku, aby dobře spalo a mělo hezké sny. Jak připravují sestry dítě mladšího školního věku ke spánku a jak zajišťují, aby se v noci potmě a samo na pokoji nebálo, uvádí schéma v kategorii Příprava dítěte k spánku.

Analýzou získaných odpovědí jsme definovali podkategorie, které jsou v podstatě fáze plnění potřeby spánku: úprava prostředí, uspání a rozloučení s dětmi a kontrola dětí. Jednotlivé kroky uvádí výše znázorněné schéma 26.

Sestra S1 z gastroenterologie nám pověděla: „*Tím, že máme na každém pokoji televizi, tak jim pouštíme třeba nějaký filmy, pohádky. Máme přenosné DVD, tak to jim*

třeba půjčujeme, někdy jim čteme pohádky, když jsou tady bez rodičů. Mají menší světýlka nad postelí, tak jim tam necháme klidně rozsvíceno. A v noci je kontrolujeme a pak to světlo třeba zhasneme, když spinkají. Necháváme si otevřené dveře, ať slyšíme, kdyby třeba plakaly.“ Sestra S6 z chirurgie odpověděla podobně, navíc zmínila důležitost získání důvěry dítěte, ujištění, aby se nebálo: *„Není tady úplná tma, rozsvítíme světla, jsou pootevřené dveře, je tam ten zvoneček, kdyby byl nějaký problém, kdyby se bál. A hlavně si s ním promluvit, ať se nebojí, že může s čímkoli přijít, kdyby byl nějaký problém. Říct mu, že jsem tady pro něho, tak, kdyby se něco dělo, tak ať určitě přijde, ať se nebojí.“*

Na oddělení dětské psychiatrie dohlíží sestry na večerní koupání a dodržování nočního klidu. Sestra S4 nás informovala: *„Před spaním se děti mohou v herně dívat na televizi nebo si čtou. Dohlédneme na vykoupání dětí, večerku mají ve 21 hodin, kdy už musí být v posteli a ne hlasitě povídat. Zajistíme klidné prostředí.“*

5 Diskuze

V diplomové práci jsme se zabývali tématem Potřeba jistoty a bezpečí u dětí na vybraných dětských odděleních. Toto téma pokládáme za vysoce aktuální, přestože na první pohled se může zdát potřeba jistoty a bezpečí jako samozřejmá věc, na kterou nemusí být kladen velký důraz. Již Maslow (2014) vyzdvihl v knize O psychologii bytí potřebu jistoty a bezpečí jako důležitější a naléhavější potřebu než lásku. Aby dítě vnímalo, že je milované, musí předně pociťovat bezpečí a získat důvěru k zdravotníkům. Těžko bychom po něm chtěli, aby s námi spolupracovalo a bylo motivováno, kdyby nám nedůvěřovalo, bálo se, bylo uzavřené, odtažené a úzkostné. Posláním dětské sestry se stává zahrnutí dítěte láskou, aby se v nemocnici necítilo opuštěno ani na chvíli a vědělo, že mu nehrozí nic špatného a že o něj bude pečováno podobně jako u maminky. Jakmile se dítě cítí bezpečně a je eliminována jeho úzkost, může začít pociťovat a vyhledávat lásku a další vyšší potřeby.

V našem výzkumném šetření jsme si stanovili tři cíle. Prvním bylo zmapovat, do jaké míry je naplňována potřeba jistoty a bezpečí u dětí na vybraných dětských odděleních. Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem se děti adaptují na nemocniční prostředí a třetím bylo zmapovat přístup sester k dětem v kontextu naplňování potřeby jistoty a bezpečí. Jako metodu šetření jsme použili polostrukturované hloubkové rozhovory, které jsme vedli s hospitalizovanými dětmi a sestrami ze tří záměrně vybraných dětských oddělení Fakultní nemocnice v Motole. Celkem proběhlo 17 rozhovorů s dětmi mladšího školního věku a 6 rozhovorů se sestrami v rovnoměrném zastoupení z daných oddělení.

V první výzkumné otázce jsme se ptali, jaké pocity má dítě po přijetí k hospitalizaci v nemocnici. Nemoc se promítá do celé osobnosti dítěte. Dle Matějčka (2001) si každé dítě svou nemoc uvědomuje a určitým způsobem ji prožívá. Odloučení od rodiny, izolace od kamarádů a omezení v pohybu v něm vyvolává úzkost. Nejistota, úzkost rodičů a dalších blízkých lidí, jejich nálady, postoje, změny chování vůči dítěti, to vše se může dítěte silně dotýkat.

Abychom posoudili aktuální pocity dítěte po přijetí do nemocnice, zeptali jsme se nejprve, zda již bylo někdy hospitalizováno. Dítě, které již hospitalizováno bylo, se adaptuje rychleji a nebývá tolik vystrašené. Z námi dotazovaných dětí bylo opakovaně hospitalizováno celkem 8 dětí (z celkových 17). V návaznosti na první otázku jsme se dále tázali, jak se jim v předešlé hospitalizaci líbilo a co se jim naopak nelíbilo. Čtyři

respondenti měli spíše špatné vzpomínky. Nelíbily se jim odběry krve, které musely podstoupit, jednomu dítěti (D16) bylo nepříjemné odstraňování stehů z operační rány. Další dítě se setkalo s ne příliš sympatickou sestrou. Mohli bychom polemizovat, zda byla skutečně tak neosobní či pouze jednala ve spěchu a stresu, každopádně její chování zanechalo negativní stopu v paměti dítěte. Každá sestra by si proto měla dávat velký pozor na své jednání, přístup k dítěti a také na řeč svého těla. Pět respondentů však vzpomínalo na předchozí hospitalizaci v dobrém a pamatovalo si hodné sestřičky a hraní her s paní vychovatelkou, které je bavilo.

Minulost zůstane navždy minulostí, ale podstatnější bylo, jak se cítily děti při současné hospitalizaci. Téměř všechny dotazované děti se na vybraných odděleních podle jejich slov cítily dobře. Bylo to pro nás velmi milé zjištění, neboť na oddělení gastroenterologie podstupovaly nepříjemná vyšetření, sice v celkové anestézii, ale přesto z nich mohly mít strach. Děti si chválily, že mohou na pokoji sledovat televizi, líbilo se jim moderní vybavení pokoje a respondentku D2 zaujal odpolední program s dobrovolnicí, kdy hrály stolní hry a vyráběly výrobky. Nepříjemné vzpomínky měly některé děti na přípravu před endoskopickým vyšetřením.

Na oddělení dětské psychiatrie bychom mohli čekat, že se děti budou cítit izolovaně, daleko od svého domova a opuštění kamarády ze školy. Z rozhovorů ale bylo znát, že jsou dobře adaptované, líbil se jim celodenní program, vznikla tam nová kamarádství. Dětem vyhovoval volnější program ve škole, líbily se jim odpolední aktivity, při individuální a skupinové terapii dobře spolupracovaly. Dost si oblíbily autogenní tréninky a muzikoterapii, při kterých se mohly opravdu uvolnit. Dvěma respondentkám (D7 a D9) se nelíbilo chování ostatních dětí. Respondentku D7 ostatní děti oslovovaly nehezkým způsobem. Děti D10, D11 byly nespokojené s přísným režimem, kdy mohly mít u sebe mobilní telefon jen v omezenou denní dobu a špatně nesly i uzamčení herny jako formu trestu.

Hospitalizované děti z chirurgického oddělení budou určitě dlouho vzpomínat na zdravotnického klauna, který je svými legráckami rozesmál a dokonce mnohé děti doprovodil až na operační sál. Pro některé nebylo snadné dodržet lačnění před operací.

Značnou roli hraje u dětí v nemocnici strach. Některé jsou vystrašeny už z domova nebo od kamarádů a bojí se bolesti v průběhu hospitalizace, invazivních zákroků a nových, neznámých situací. Některé děti se se svými obavami nerady přiznávají dospělým, protože si myslí, že by se jim smáli. Svěřují se druhým dětem, čímž svůj strach na ně přenáší, a tak se nakonec straší navzájem (Plevová, Slowik

2010). Nejlepší zbraní proti dětskému strachu je dle Matějčka (2001) klid, laskavost a povzbuzení od ošetrovatelského personálu. Vlídým přístupem se dítě brzy přestane bát a z jejich rukou přijme i bolestivé zákroky.

Na téma strach jsme s našimi respondenty také hovořili. Většina oslovených dětí pociťovala strach v souvislosti s invazivními výkony. Respondentka D1 se svěřila, že má strach z endoskopického vyšetření. Respondentka D2 se obávala projímavého roztoku před kolonoskopií, měla obavu, jak ho zvládne všechen vypít a pak doběhnout na toaletu. Respondent D4 se bál odběrů krve, D14 šití rány. Respondentovi D17 naháněly strach alarmy na infuzní pumpě, myslel si, že když se spustí, dostane od sester vynadáno. Dva respondenti, D5 a D9, se báli, že se jim jejich zdravotní stav nezlepší. Respondentka D11 se obávala návratu do školy z dlouhodobé hospitalizace a D3 měla strach ze tmy. Pouze pět dětí odpovědělo, že nemá strach z ničeho. Podle Řezníčkové (2008) mohou děti zdravotníci pomoci tím, že budou s dítětem diskutovat, brát jeho přání vážně a umožní mu ovlivňovat situaci. Je důležité dítě vždy pochválit za statečnost a snahu, i když pláče, a je dobré mu dát menší odměnu. Což se na gastroenterologickém oddělení také dělo, jak uvedla dotazovaná sestra S1 ve druhé fázi výzkumného šetření.

Další otázkou našeho rozhovoru s dětmi bylo téma bolesti, protože ta je častým příznakem různých onemocnění. Signalizuje narušenou funkci orgánu nebo systému. Sestra se při ošetrování dětí často setkává s problematikou bolesti a musí ji nějak řešit. Nejprve ji však musí umět rozpoznat, správně vyhodnotit a poté ovlivnit (Boledovičová, 2006). Pět respondentů odpovědělo, že má bolest břicha, ostatní děti nic nebolelo. Byla to pro nás příjemná zpráva.

Pro dobrý psychický stav dítěte je důležité, aby zůstalo v kontaktu s rodinou a kamarády. Zda mají děti pravidelné návštěvy, jsme se informovali další otázkou. Většina dětí byla, kromě pěti z oddělení dětské psychiatrie, hospitalizována společně s matkou. Další návštěvy některé tyto děti už neměly, jednak proto, že byly hospitalizovány krátkou dobu, a také proto, že se otec či prarodiče starali doma o sourozence. Děti, které nebyly hospitalizovány spolu s rodičem, měly pravidelné návštěvy rodinných příslušníků. Devítiletou respondentku D7 z dětské psychiatrie navštívila její matka jen jednou, prožila zklamání, když ji matka nepřišla navštívit ještě o víkend, jak jí slíbila. Tato dívka dokonce neměla ani mobilní telefon, tak si nemohla s rodinou telefonovat. Bylo jí na oddělení smutno. Takové jednání muselo pro ni být obzvláště bolestivé, když viděla, že ostatní děti z oddělení si pravidelně s rodinou

telefonují. Pobyt na dětské psychiatrii bývá dlouhý, a dítě potřebuje slyšet rodiče a cítit, že se o něho rodina zajímá a že se na něho těší.

Další otázkou jsme se děti ptali, zda se s někým na oddělení skamarádily. Většina dotazovaných si v nemocnici kamarády našla. Nejvíce na oddělení dětské psychiatrie, protože tam byly hospitalizovány nejdéle. Někdy to byla pevná kamarádství a děti si slíbily, že se budou vídat i po propuštění. Děti hospitalizované společně se svou maminkou, si často už kamarády nevyhledávaly. To nám přišlo jako škoda, protože právě na nová kamarádství, společné hry a povídání, by děti po propuštění asi rády vzpomínaly.

Ve druhé výzkumné otázce jsme se zabývali přípravou dítěte k hospitalizaci. Chtěli jsme vědět, kdo je zpravidla připravuje a co všechno jim říká. Dítě by mělo mít představu, co ho v nemocnici čeká, aby byl jeho pobyt méně traumatizující. Při našem rozhovoru jsme se ptali, zda jim informace podal lékař, matka nebo otec a zda vědí, proč vlastně musely do nemocnice jít. Všichni respondenti byli informováni lékařem, dokázali popsat své zdravotní potíže a někteří i správně pojmenovat lékařskou diagnózu. Některým dětem ještě podrobněji vysvětlovali jejich rodiče, proč se nemohou léčit doma a proč je hospitalizace důležitá. Přesně takto popisuje přípravu k hospitalizaci dítěte i Boledovičová (2006): „Lékař jako první poskytuje rodičům a dítěti informace o léčebném plánu a očekávaných výsledcích hospitalizace. Rodič by měl dítěti dále vysvětlit události týkající se hospitalizace, protože zná klady a zápory dítěte a umí s ním nejlépe komunikovat. Dítěti by se mělo otevřeně říct, že půjde do nemocnice. Děti by také měly mít povědomí, jak dlouho budou muset v nemocnici zůstat.“ Při rozhovoru s dětmi jsme se jich na toto také ptali a zjistili jsme, že všechny byly informovány i o předpokládané délce hospitalizace. Byli jsme touto zprávou dětí potěšeni, protože dostatek informací a vysvětlení, proč musí být v nemocnici a nemůže se léčit ambulantně, je pro pocit bezpečí a jistoty nesmírně důležité.

Během pobytu v nemocnici děti podstupují řadu vyšetření nebo zákroků. Měly by být na ně připraveny a informovány, jak výkon bude probíhat. Matějček (2001) zmínil, že ne vždy rodiče dítěte s přípravou souhlasí, protože si nepřejí, aby mu bylo předem cokoli sdělováno. Volí strategii překvapení. Pro dítě ale není tento postup vhodný, protože vidí strach a rozrušení rodičů, a tak tuší, že se bude dít něco nezvyklého. Další možností podle Sedlářové et al. (2008) je nejprve podrobně připravit rodiče, kteří potom sami informují své dítě o vyšetření či zákroku. Také my jsme se zajímali, jak byly dotazované děti připravovány na vyšetření a zákroky. Z jejich

odpovědi bylo zřejmé, že byly dopředu informovány, jak bude vyšetření nebo operace probíhat a jak se na to budou připravovat. Děti se díky tomu tolik nebály. Podle našeho názoru je důležité dětem vhodně vysvětlit, co se bude dít. Mnohdy je dobré ukázat názorně výkon na panence či maňáskovi.

Aby se dětem tolik nestýskalo po domově, je dobré, když mají s sebou v nemocnici nějaké své oblíbené věci. Jestli si s sebou mohly něco vzít z domu, jsme během výzkumného šetření také zjišťovali. Dozvěděli jsme se, že si s sebou vzaly hry, plyšové hračky, lego, knížku či časopis, starší děti tablet a mobil, respondentka D2 pastelky a D12 pomůcky na vyrábění šperků. Následně jsme se děti ptali, zda jim něco nebo někdo z domova nechybí. Velkému počtu dětí (celkem sedmi) se stýskalo po blízkých lidech a domácích mazlíčcích. Z této odpovědi je vidět, že rodina a kamarádi jsou to nejcennější, co dítě má. A právě ty děti, které takto odpovídaly, žijí zřejmě v harmonických rodinách, což je pro vývoj dítěte to nejdůležitější.

Pro děti v nemocnici představuje významnou roli hra, která jim přináší radost, potěšení, pomáhá jim získat sílu a sebedůvěru. Herna, hračky a výtvarné aktivity zpříjemňují atmosféru na oddělení (Řezníčková, 2008). Jestli děti vědí, že mají na oddělení hernu, zda se jim líbí a hrají si tam, byla naše poslední otázka dětským respondentům. Všechny děti věděly, že mají na oddělení hernu a většina si tam chodila hrát sama, nebo v ní měly společné programy s učitelkou nebo vychovatelkou. Starší děti do herny moc nechodily, raději trávily čas ve svém pokoji, kde se dívaly na televizi, četly si nebo hrály hry na tabletu.

Ve druhé části našeho výzkumného šetření jsme vedli rozhovor se dvěma sestrami (služebně mladší a služebně starší) ze stejných oddělení, jako byli naši dětské respondenti. Celkem bylo dotazováno šest sester. Zajímalo nás, **jak chápou svoji roli při naplňování potřeby jistoty a bezpečí u dětí.**

Nejprve jsme zjišťovali, jaké činnosti sestrám zaberou převážnou část práce, zda je to vyhledávání a uspokojování potřeb dítěte, administrativní činnost nebo plnění ordinací lékaře. Pouze jedna sestra s patnáctiletou praxí z oddělení dětské chirurgie odpověděla, že jí nejvíce času zabere vyhledávání a uspokojování potřeb dítěte spolu s administrativní činností. Čtyři dotazované sestry uvedly, že nejvíce času stráví administrativní činností a jedna plněním ordinací lékaře. Na cílené sledování a uspokojování potřeb dětí jim podle jejich slov již nezbyvá moc času. To je ale podle našeho názoru „normální stav“ nejenom na dětských odděleních, ale v celém českém zdravotnictví.

Další otázkou jsme mapovali, jakým způsobem zajišťují sestry potřebu jistoty a bezpečí u dětí mladšího školního věku. Toto téma je dosti široké a také odpovědi sester byly různé. Nejvíce se shodly v názoru, že oblíbené věci a hračky mohou dětem uspokojit zmíněnou potřebu a dále společná hospitalizace rodičů s dětmi je pro ně velkým zdrojem jistoty a bezpečí. Podle respondentky S1 je rovněž důležité seznámit dítě s oddělením, ukázat mu, kde co je, včetně signalizačního zařízení. Respondentka S4 zmínila také nezbytnost dobré komunikace a vysvětlování. Ostatní uváděly, že pro naplnění potřeby jistoty a bezpečí je podstatná citová podpora – pohlazení dítěte (S6), chování malých dětí (S1), vození v kočárku (S1), zaměstnávání dětí (S2, S3) a přítomnost zdravotnických klaunů (S5). Nepostradatelná je také empatie sester, povídání si s dětmi (S2, S3) a sledování zvyků dítěte (S4).

Pro každé dítě je příchod na oddělení do nemocnice negativním zážitkem a to i přes velké úsilí rodičů a zdravotníků dobře ho na tuto událost připravit (Plevová, Slowik, 2010). Jakým způsobem seznamovaly respondentky nově přijaté dítě (a jeho rodiče) s provozem oddělení, s ostatními dětmi a s personálem, bylo další téma našeho rozhovoru. Z odpovědí vyplynulo, že dotazované sestry provedly nově přijaté děti k hospitalizaci po oddělení, ukázaly jim důležité místnosti. Na psychiatrickém oddělení je seznámily s pravidly oddělení a programem dne. Většina sester představila dítěti ostatní děti na jeho pokoji, samy se ale jménem nepředstavily. Dle Kristové (2004), která napsala, jaké základní činnosti by sestra měla při příjmu dítěte na oddělení dodržet, je potřebné dítě nejprve oslovit jeho jménem a pak se zeptat, jak mu říkají doma, a jak by si přálo, aby ho oslovovali v nemocnici. Autorka dále radí, že je dobré u menších dětí navázat kontakt pomocí hračky nebo knihy, orientovat pozornost dítěte na jeho oblíbenou hračku, protože mu může pomoci překonat strach. Není vhodné se soustředit nejdříve na komunikaci s doprovázející osobou, ale v první linii hovořit s dítětem (Kristová, 2004).

Další otázkou jsme se ptali, zda se sestry domnívají, že dítě mladšího školního věku potřebuje mít s sebou v nemocnici nějakou oblíbenou hračku nebo předmět z domova, a zda jim to dovolují. Hračky z domova jsou na vybraných odděleních povoleny, sestry z dětské psychiatrie však podotkly, že musí být bezpečné. Všechny sestry, kromě jedné, zastávaly názor, že děti potřebují mít něco oblíbeného z domu. Jen respondentka S1 z dětské gastroenterologie si to nemyslela, protože si je prý mohou vypůjčit v herně.

Hra je základním parametrem normálního psychomotorického vývoje dětí. Je také důležitým prostředkem komunikace. Koukourikos (2015) zkoumal důležitost hry dětí v průběhu hospitalizace a došel k výsledkům, že má pro nemocné děti vysokou terapeutickou hodnotu a přispívá k jejich fyzické i emocionální pohodě a k jejich uzdravení. Snižuje intenzitu negativních pocitů, které je doprovázejí při nástupu do nemocnice a při hospitalizaci. Hra je také široce používána v předoperační přípravě a při invazivních postupech.

V další otázce nás zajímalo, zda se dotazované sestry domnívají, že mají dostatek času být s dítětem, hrát si s ním a být mu oporou, když u něj nejsou jeho rodiče. Sestry z oddělení gastroenterologie a chirurgie dostatek času podle jejich slov neměly, přestože se o to snažily. Respondentka S5 z chirurgického oddělení, dodala: *„Večer je toho času, myslím, daleko víc, ale přes den, kdy se jezdí na sály, operuje se, přijímají se plánovaný příjmy na další den, tak toho času prostě tolik není.“* Sestry z psychiatrického oddělení měly mnohem více času věnovat se dětem ve volnočasových aktivitách, zvláště pak v odpoledních hodinách. Pokud jsou děti odloučené od svých blízkých, jak uvádí Řezníčková (2008), potřebují zvláštní pozornost a péči zdravotníků. I my se domníváme, že by měl zdravotnický personál dítě povzbudit, pronést vtip, pohladit ho a povídat si s ním.

Je-li matka přijata s dítětem, dítě se obvykle dříve uklidní a léčení díky tomu může probíhat rychleji. Podle Čechové et al. (2003) se přítomností matky upevňuje citový vztah mezi ní a dítětem a pod vedením sestry a lékaře si matka může osvojit některé dovednosti k ošetřování dítěte doma. Zda na oddělení dětské gastroenterologie, psychiatrie a dětské chirurgie ve FN v Motole přijímají s dítětem mladšího školního věku i jeho rodiče ke společné hospitalizaci, nebo chodí pouze na návštěvy, byla další oblast naší diskuze. Na oddělení dětské psychiatrie mohou být děti hospitalizované spolu s rodičem pouze ve výjimečných případech. Na návštěvu mohou chodit rodiče a blízcí jen v návštěvních hodinách ve stanovené dny, ale nemohou vstoupit na oddělení, setkávají se na vymezeném místě před oddělením. Pokud jim to lékař dovolí, mohou jít na vycházku i mimo areál nemocnice. Na zbylých dvou odděleních jsou návštěvy a společná hospitalizace s rodiči dovoleny, většina matek menších dětí tuto možnost využívá, protože chce být svému dítěti nablízku.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřená na způsoby, jakými zajišťují sestry potřebu dětí být beze strachu a bolesti. Nejdříve jsme se zeptali, jak poznají, že se dítě mladšího školního věku něčeho bojí, pokud jim to samo neřekne. Dozvěděli jsme se, že

strach a úzkost sestry rozpoznávají na základě změny chování a výrazu tváře dítě. Zacharová a kol. (2017) uvádí, že mezi somatické a psychické projevy úzkosti patří rozčílení a podráždění, ustaraný a ustrašený výraz, nejisté, nekoordinované pohyby, rychlá a zajímavá řeč, roztržitost, rozšířené zornice, zrychlený tep, dech, zblednutí, nervozita a pocení.

Když se děti dozvídají, že musí podstoupit operaci, tak zažívají řadu emocí včetně strachu, zlosti, viny a smutku. Bylo prokázáno, že děti, které jsou připraveny k chirurgickému zákroku a mají podporu během hospitalizace, se zotavují rychleji a mají méně emocionálních problémů, jako je úzkost z odloučení a poruchy spánku, než ty, které nejsou připraveny na tento zážitek (Justus et al. 2006).

Při našem výzkumném šetření jsme tedy zjišťovali, jak připravují sestry dítě na vyšetření či zákrok, aby snížily jeho strach, úzkost, případně i bolest. Téměř všechny dotazované sestry zmínily, že dítěti popíší, jak bude výkon probíhat a uklidňují ho. Stejně tak to zmiňuje Řezníčková (2008): „Sestra by se měla snažit získat pacienta k dobrovolné spolupráci. Vysvětlit mu, co ho čeká a dát mu najevo, že ví o jeho strachu. Prvním krokem je dítě ujistit, že mít strach z nepříjemné procedury je normální, že strach např. z injekce mají i dospělí.“ Respondentka S6 z chirurgického oddělení dříve dělala herního terapeuta a často dětem ukazovala vyšetření nebo výkon na plyšových hračkách. Respondentka S1 z oddělení gastroenterologie snižuje strach a úzkost z vyšetření většinou nějakou motivací. Slibuje dětem za statečnost odměnu, můžou si vybrat omalovánky, figurky, pexeso apod. Dále zdůraznila, že se snaží, aby se výkon povedl napoprvé, aby se dítě dlouho netrápilo. Velkou váhu dávaly sestry psychické podpoře dětí – přítomnosti matky při vyšetření (S1), uklidňování dítěte (S2, S3), odvedení pozornosti (S3) a komunikaci s dítětem při výkonu (S5, S6).

Vymětal (2004) klade také důraz na překonávání úzkosti a nadměrného strachu zvyšováním pocitu bezpečí a jistoty. Dítěti je třeba projevovat náklonnost, cenné je pohlazení, objetí, zvyšování sebevědomí dítěte, nešetřit pochvalami, naopak navazovat situace, kdy si pochvalu zaslouží.

Názory, zda je dítě klidnější, když je s ním při bolestivém vyšetření, nebo zákroku jeho rodič, jsou různé. Co si o tom myslí respondentky, byl další bod naší diskuze. Sestry (S1, S2, S5, S6) se většinou nedokázaly úplně přiklonit k jasné odpovědi, říkaly, že záleží na situaci, u některého dítěte je to lepší, u některého ne. A také na rodičích, jak to vnímají, protože někdy, jak uvedla respondentka S6, může děti vystresovat víc jejich rodič. Také hodně záleží na věku dítěte a typu zákroku (S5).

Respondentka S5 z dětské chirurgie se domnívá, že je dobré, když je s dítětem při bolestivém vyšetření rodič, neboť se určitě lépe uklidní a matka či otec ho mohou držet za ruku. Rodiče dle Řezníčkové (2008) mohou spolu se zdravotníky hledat nejlepší postupy odpoutání pozornosti dítěte od výkonu. Dokáží poradit sestřím, co na dítě platí, co mu pomáhá. Měli by probrat se zdravotníky předchozí špatné zkušenosti dítěte např. s injekcemi a poradit se, co je možné udělat lépe. Podle našeho názoru je efekt přítomnosti rodiče při vyšetření nebo zákroku opravdu individuální. Někteří rodiče jsou klidní, dobře spolupracují se zdravotníky a pro své dítě jsou velkou oporou a zdrojem útěchy. Existuje ale řada hodně citlivých rodičů, zejména matek, které bolestivý či nepříjemný výkon u svého dítěte prožívají velmi úzkostně až hystericky a své pocity přenášejí na dítě, které je potom ještě více vystrašené. Důležitou úlohou sestry je tedy správné posouzení, zda si k výkonu přizve rodiče nebo mu taktně vysvětlí, že při výkonu nebude. Vždy by totiž sestry měly usilovat o největší pocit jistoty a bezpečí dítěte.

Přestože výzkumy ukazují značný pokrok v léčbě bolesti u dětí, mnohé z nich nadále pociťují středně těžkou až těžkou bolest a diskomfort v průběhu hospitalizace (Johnston, Gangnon, Pepler&Bourgalt, 2005). Studie Francka (2007) dochází k závěru, že rodiče jsou nejlepší medicínou pro zvládnutí bolesti dětí. Jak poznají respondentky, že dítě mladšího školního věku něco bolí, pokud jim to nechce nebo nemůže samo říct, nás také velmi zajímalo. Dotazované sestry odpovídaly, že poznají, že dítě něco bolí z výrazu jeho tváře, když je vystrašené (S2, S4), pláče (S1, S2, S6) a má bolestivé grimasy (S3). Zpozorní, když se začne chovat jinak – zaujímá úlevovou polohu (S2, S6), ztratí zájem si s něčím hrát, dívat se na televizi (S3, S6), povídat si (S3, S5, S6) a když se do sebe uzavře (S5). Celkem snadno bolest zjistí pohmatem (S1) a upozorněním od ostatních dětí (S4). Přes různé výzkumy neexistuje všeobecný nástroj pro hodnocení bolesti u dětí. Používané postupy zahrnují vlastní hodnocení dítětem, pozorování změn v chování nebo změn fyziologických a laboratorních parametrů, existuje nespočet škál hodnotících bolest (Kalousová, 2008). Ty ale naše respondentky nepoužívaly. Přijde nám to jako škoda a také chyba. Intenzita bolesti by měla být vždy zaznamenána a po podání analgetik či nefarmakologické léčby by měl být zhodnocen jejich efekt. To sestřím v dokumentaci na vybraných odděleních chybělo. Jinak si ale troufáme říci, že respondentky dokázaly dobře rozpoznat a slovy při rozhovoru popsat bolest dětí. Z pozorování můžeme říci, že sestry děti hodně sledovaly a všimly si jejich projevů. Domníváme se také, že dítěti by mělo být srozumitelně vysvětleno, proč bolest

vzniká a sděleno, že ji dokážeme hodně zmírnit a postupně odezní. Také by sestry měly při bolestivých výkonech děti povzbuzovat a vyzdvihovat jejich statečnost.

Dále jsme zjišťovali, jakým nefarmakologickým způsobem zajišťují sestry dětem mladšího školního věku potřebu být bez bolesti. Téměř všechny respondentky (S1, S4, S5, S6) se snažily dítě rozptýlit nějakou hrou nebo čtením pohádky. Častou metodou bylo zaujmutí úlevové polohy (S1, S2, S3, S6), procházka (S6). Mnohdy sestry využívají také fyzikální metody a to přikládání obkladů (S1, S2, S6) a zábalů (S1). Existuje i řada kognitivních a behaviorálních technik. Tyto navozují psychickou a emoční pohodu a modifikují práh vnímání bolesti. Řadí se k nim masáže, hlazení, sladké roztoky, polohování do klubíčka, houpání, počítání, videohry. Vhodnou metodou jsou i různá dechová cvičení, sugesce, kdy se pracuje s fantazií, nebo arteterapie, při které děti výtvarnými technikami vyjadřují své pocity (Plevová, Slowik, 2008). Na tyto techniky si respondentky nevzpomněly, zřejmě je tedy nepoužívají a nemají ucelený přehled o nefarmakologických metodách.

V našem výzkumném šetření jsme se chtěli mimo jiné dozvědět, jakým způsobem podávají sestry dítěti mladšího školního věku léky proti bolesti, pokud je lékař naordinuje. Nejčastějším způsobem bylo podávání tablet či sirupů per os. „*Když je to sladké*“, jak vysvětlila S1, „*tak se tomu děti nebrání*“. Pokud mají děti zavedený periferní žilní katetr, tak raději volí způsob intravenózního podání analgetik (S1, S2, S5). Některé děti jsou zvyklé také na čípky, a tak volí sestry i tento způsob podání. (S2, S4). Intramuskulární způsob je nejméně častý. Což je samozřejmě dobře, protože dítěti se nemá dělat jiná bolest jenom proto, aby se zmírnila nebo odstranila ta první.

Poslední otázka našeho rozhovoru se sestrami se týkala spánku dětí. Odpočinek a spánek je stav, který umožňuje obnovení energie a uvolnění napětí. Nemoc a rekonvalescence zvyšují nároky na odpočinek a spánek, protože způsobují výraznou únavu (Sikorová, 2011).

Dotazovali jsme se, jak připravují sestry dítě mladšího školního věku ke spánku, a jak zajistí, aby se v noci potmě samo na pokoji nebálo. Z odpovědí jsme zjistili, že sestry večer před spaním pouští dětem pohádky nebo dětské filmy. Obvykle nechávají na pokoji svítit noční světla, aby se děti nebály. Některým nechávají také pootevřené dveře, aby je případně slyšely. Respondentka S3 dbá na vyvětrání pokoje, S4 na zajištění klidného prostředí. Respondentka S6 zdůraznila, že je důležité si s dítětem promluvit, aby se nebálo a říct mu, že může s čímkoli přijít, kdyby mělo nějaký problém, a ukáže mu signalizační zařízení. Kontrolování dětí během noci sice uvedla

pouze S1 a popřání dobré noci S5, ale jistě je to pro sestry samozřejmostí, a tak to při rozhovoru nezmiňovaly.

6 Závěr

V diplomové práci Potřeba jistoty a bezpečí na vybraných dětských odděleních jsme si stanovili tři cíle. Prvním bylo zmapovat, do jaké míry je zmíněná potřeba u hospitalizovaných dětí na vybraných dětských odděleních naplňována. Za druhé jsme chtěli zjistit, jakým způsobem se dotazované děti adaptují na nemocniční prostředí. Třetím cílem bylo zmapovat přístup sester k těmto dětem v kontextu naplňování potřeby jistoty a bezpečí.

K dosažení cílů jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Výzkumné šetření jsme realizovali ve Fakultní nemocnici v Motole.

Analýzou výsledků jsme usoudili, že potřeba jistoty a bezpečí byla u dětí na vybraných dětských odděleních naplňována do značné míry. Děti byly po přijetí k hospitalizaci vítány úsměvem, lékařem byly seznámeny s důvodem hospitalizace, sestry děti provedly po oddělení, vysvětlily jim vše důležité a potřebné a představily jim ostatní děti na pokoji. Rodičům byla umožněna, kromě oddělení dětské psychiatrie, společná hospitalizace s dítětem. Děti z gastroenterologie a chirurgie mohly mít pravidelné návštěvy a mobilní telefon u sebe. Na odděleních byla k dispozici herna s množstvím hraček, přes den se jim věnovala vychovatelka, která se starala o jejich zaměstnání a rozptýlení. Sestry se snažily dětem co nejvíce věnovat a sledovat jejich chování, adaptaci, pocity a bolesti. Podle jejich vlastních slov to však nebylo dostatečné, protože mnoho času jim zabírala administrativa, zvláště pak na gastroenterologickém a chirurgickém oddělení.

Na nemocniční prostředí se dotazované děti adaptovaly vcelku dobře, protože jejich hospitalizace byla obvykle krátká. Umístovány byly na pokoj s podobně starými dětmi, což také splňuje požadavky Charty práv hospitalizovaného dítěte, která byla Českou republikou přijata již v roce 1988. Na oddělení si mohly vzít své hračky a měly k dispozici také hernu. Pokud nemohly opouštět lůžko, vychovatelka se je snažila zabavit různými hrami a výtvarnými činnostmi. Na oddělení docházeli také pravidelně zdravotní klauni a děti rozveselovali. Na dětských pokojích byla televize, děti se mohly se připojit na internet a hrát počítačové hry. Pouze na psychiatrickém oddělení byla určitá omezení ohledně návštěv, na druhé straně však měly sestry pro děti v odpoledních hodinách více času a mohly se jim více věnovat.

Přístup sester k dětem v kontextu naplňování potřeby jistoty a bezpečí byl na všech vybraných odděleních chvályhodný. Všimaly si chování a zvyklostí dětí, hovořily klidným hlasem, slova přizpůsobovaly jejich věku tak, aby jim dobře porozuměly. Snažily se dětem vše vysvětlit a tím eliminovat jejich strach. Po nepříjemných výkonech jim dávaly odměny. Pokud děti nebyly hospitalizovány spolu s rodičem, sestry se snažily jim více věnovat, povídat si s nimi, všimaly si, jak se cítí, malé děti chovaly a hladily. Pokud je čekal nějaký výkon, srozumitelně jim ho vysvětlily a nezdůrazňovaly, že výkon bude bolet a že bude nepříjemný. Sledovaly, jak se děti cítí, zda nejsou vystrašené, smutné, zda je něco nebolí a netrápí. Na oddělení dětské psychiatrie se jim podle jejich slov snažily nahradit domov a rodiče.

Závěrem můžeme říci, že jsme u dotazovaných dětí neshledali žádné známky hospitalismu, jak jsme je popsali v teoretické části práce. Děti se cítily v nemocnici celkem dobře, sice jim domov a rodina chyběly, ale s námi i sestrami dobře spolupracovaly a cítily, že jsou v dobrých rukách.

Podle našeho názoru se ale sestry dostatečně nezaměřují na vyhledávání potřeb dětí. Jejich psychosociální anamnéza se nám zdála být stručná, a proto jsme navrhli „adaptační dotazník“ pro děti, díky kterému sestry mohou jednodušeji poznat duši dítěte. Adaptační dotazník uvádíme v příloze č. 6.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BLOCH, Y., TOKER, A., 2008. Doctor, is my teddy bear okay? The "Teddy Bear Hospital" as a method to reduce children's fear of hospitalization. *Israel Medical Association Journal*: Imaj. 10(8-9), 597-599. 1565-1088.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol., 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. vydání Martin: Osveta. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
3. BÓRIKOVÁ, I., TABAKOVÁ, M., 2008. Sebeopatera. In: TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, s. 114-122. ISBN 978-80-8063-270-0.
4. BRATOVÁ, A., TAŠKÁ, Z., 2012. Komunikace s dětmi v přednemocniční péči. *Sestra*. 22(1), 26-27. ISSN 1210-0404.
5. BŘENDOVÁ, M., BOROŇOVÁ, J., 2011. Spokojenost rodičů a dětí na dětském oddělení – indikátor kvality ošetrovatelské péče. In: STANČIAK, J., CETLOVÁ, L. (eds.). *Sborník z mezinárodní konference, na které se účastnily Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski: Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Vysoká škola polytechnická Jihlava, s. 56 – 67. ISBN 978-80-87035-37-5.
6. BSIRI-MOGHADDAM, K. et al., 2011. The Concept of Hospitalization of Children from the View Point of Parents and Children. In: *Iranian Journal of Pediatrics* [online]. 21(2), p. 201-208. ISSN 20082142.
7. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., 2003. *Speciální psychologie*. 4. nezměněné vydání. Brno: NCONZO. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
8. DUNOVSKÝ, J. a kol., 1999. *Sociální pediatrie – vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
9. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2010. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. 20(7-8), 54-57. ISSN 1210-0404.

10. EHRLER, K., 2009. Drawings as representations of children's conceptions. *International Journal of Science Education*. 31(1), 41-57. ISSN 0950-0693.
11. EINARSDOTTIR, J., 2007. Research with children: Methodological and ethical challenges. *European Early Childhood Education Research Journal*. 15(2), 197-211. ISSN 1350-293X.
12. ELKINS, P., ROBERTS M., 1985. Reducing medical fears in a general population of children: a comparison of three audiovisual modeling procedures. *Journal of Pediatric Psychology*. 10(1), 65–75. ISSN 0146-8693.
13. EuroZpravy.cz. 2018-3-8. *Jak by dopadlo lidstvo, kdyby nemělo starosti* [online]? [cit. 2018-7-24]. Dostupné z: <https://veda-a-technika.eurozpravy.cz/veda/217694-jak-by-dopadlo-lidstvo-kdyby-nemelo-starosti-ukazal-to-jeden-z-nejdesivejsich-experimentu-v-histori>
14. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M., a kol., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
15. FRANCK, L., 2007. Parents: Effective: Medicine for children's pain. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*. 10(2), 2-4. ISSN 1441-6638.
16. GONZALEZ-GIL, F. et al., 2008. Perceived Quality of Life and Health of Hospitalized Children. In: *Child Indicators Research* [online]. 1(2), 198-209. ISSN 1874897X.
17. GRYM, J., 2001. Dítě s matkou v nemocnici. *Pediatric pro praxi*. 2(1), 28-30. ISSN 1213-0494.
18. GULÁŠOVÁ, I., 2004. Psychologický přístup k hospitalizovanému dětskému pacientovi. *Československá pediatrie*. 59(2), 320-321. ISSN 0069-2328.
19. HART, D., BOSSERT, E., 1994. Self-reported fears of hospitalized school-age children. *Journal of Pediatric Nursing*. 9(2), 83–90. ISSN 0822-5963.
20. HAVLICKÁ, K., *Děti, které rezignovaly. Švédsko už léta obchází záhadná nemoc* [online]. iDnes.cz . 2017-10-26 [cit. 2018-7-24]. Dostupné z:

https://zpravy.idnes.cz/svedsko-zahadna-nemoc-syndrom-rezignace-deti-pristehovalci-pqw-/zahranicni.aspx?c=A171026_141523_zahranicni_kha.

21. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. HIGHMAN, S., DAVIDES, R., 2013. Father's roles when their child is in hospital. *Nursing Times*. 10(9), 26. ISSN 0954-7762.
23. JOHNSTON, C. C., GAGNON, A. J., PEPLER, C. J., & BOURGAULT, P., 2005. Pain in the emergency department with one-week follow-up pain resolution. *Pain Research and Management*. 10, 67-70. ISSN 1203-6765.
24. JUNG, B., WÜRDISH, S., 2003. Die Rolle der Krankenpflege in Schmerztherapie. In: ZERNIKOW, B. *Schmerz-therapie bei Kindern*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, ISBN 978-3-540-44136-6.
25. JUSTUS, R. et al., 2006. Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. In: *Pediatric Nursing* [online]. 32(1), 35-43. ISSN 00979805.
26. KALINA, K. a kol., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
27. KALOUSOVÁ, J. et al., 2008. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro praxi*. 9(1), 7-11. ISSN 1803-5264.
28. KOSORÍNOVÁ, M., 2003. Význam výchovy v procese adaptácie dieťaťa na nemocničné prostredie. *Revue ošetrovateľstva a laboratorných metodik*. 9(3), 68-70. ISSN 1335-5090.
29. KOUKOURIKOS, K. et al., 2015. The Importance of Play During Hospitalization of Children. In: *Materia Socio-Medica* [online]. 27(6), 438-441. ISSN 15127680.
30. KRISTOVÁ, J., 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta. 210 s. ISBN 80-8063-160-3.

31. KRISTOVÁ, J., MIKLOVIČOVÁ E., KOSORÍNOVÁ, M., 2005. Úlohy matky v adaptačním procese hospitalizovaného dítěte. *Revue ošetrovatel'stva a laboratórnych metodík*. 4(4), 234-236. ISSN 1335-5090.
32. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
33. LANGMEIER, J., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
34. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*. Praha: Grada Publishing. 993 s. ISBN 80-247-0668-7.
35. Listina základních práv a svobod. In Sbírka zákonů, Česká republika. 1992, roč. 1993, částka 1, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17-23. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>. ISSN 1211-1244.
36. LHOŤAN, J., 2016. Hospitalizace dítěte na chirurgii. *Zdravotnictví a medicína*. 36(4), ISSN 2336-2987. Chybí strana
37. MAGACEROVÁ, I., 2005. Podiel ošetrovatel'stva na prevencii hospitalizmu. *Ošetrovatel'stvo a porodná asistencia*. 3(3), 7-9. ISSN 1336-183X.
38. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J., 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Jinočany: H & H. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
39. MALÁ, E., 2007. *Dítě a stres*. Praha: Tigris. 143 s. ISBN 978-80-903750-1-7.
40. MAREŠ, J. a kol., 1997. *Dítě a bolest*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
41. MASLOW, A. H., 2014. *O Psychologii bytí*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978- 80-262-0618-7.
42. MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H&H. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

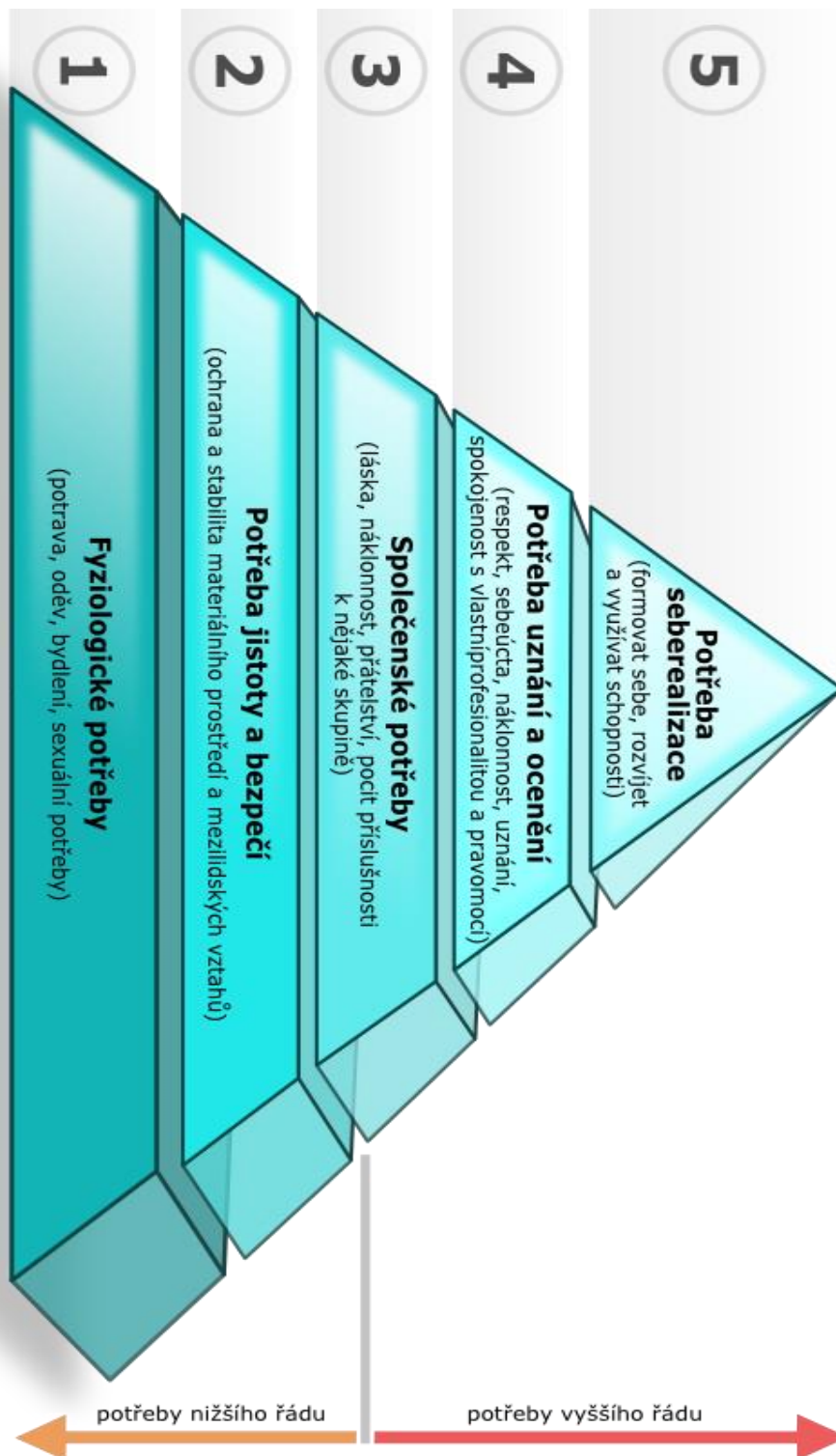
43. MAZALOVÁ, L., 2013. Validizační studie ošetrovateľskej diagnózy „strach u hospitalizovaných detí“. *Kontakt*. 4(13), 379-386. ISSN 1212-4117.
44. MAZALOVÁ, L., 2014. Hodnocení projevů strachu u dětí v nemocnici dětskými sestrami. *Pediatric pro praxi*. 15(5), 300-302. ISSN: 1213-0494.
45. NAĐOVÁ, M., MARCINKOVÁ, M., PANČÍKOVÁ, L., 2009. Rodina a adaptácia dieťaťa na nemocničné prostredie. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 5(2), 24-25. ISSN 1801-1349.
46. ONDRIOVÁ, I., 2010. Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí. *Sestra*. 20(7-8), 41-43. ISSN 1210-0404.
47. ONDRIOVÁ, I., MAGUROVÁ, D., 2016. Špecifiká hospitalizmu u detského pacienta. *Praktický lékař*. 96(6), 272-274. ISSN: 0032-6739.
48. PIKO, B., BAK, J., 2006. Children's perceptions of health and illness: Images and lay concepts in preadolescence. *Health Education*. 21, 643-653. ISSN-0017-8969.
49. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
50. POUND, C., 1999. Learning to listen and helping to tell. *Speech & Language Therapy in Practice*. Autumn, 20-21. ISSN 1368-2105.
51. PRIDMORE, P., BENDELOW, G., 1995. Images of health: Exploring beliefs of children using the 'draw-and-write' technique. *Health Education Journal*. 54, 473-488. ISSN 0017-8969.
52. RAPČÍKOVÁ, T., 2008. Význam uspokojovania potreby bezpečia a istoty u hospitalizovaných detí. *Florence*. 4(3), 118-119. ISSN 1801-464X.
53. RAUDENSKÁ, J., 2002. Musíme do nemocnice. *Děti a my*. 32(1), 10-11. ISSN 0323-1879.

54. ROLLINS, J., DRESCHER, J., & KELLEHER, M., 2012. Exploring the ability of a drawing by proxy intervention to improve quality of life for hospitalized children. *Arts & Health*. 4(1), 55-69. ISSN 1753-3015.
55. RADOUŠOVÁ, K., VANÍČKOVÁ, E., 2005. Charta práv hospitalizovaných dětí. *Česká a slovenská hygiena*. 2(2), 39-43. ISSN 1214-6722.
56. ŘEZNÍČKOVÁ, A., 2002. Rodiče jsou základním zdrojem jistoty a bezpečí: O významu partnerství lékařů a rodiny hospitalizovaného dítěte. *Můžeš*. 10(3), 11. ISSN: 1213-8908.
57. SALAČOVÁ, L., 1994. *Zdraví v nové perspektivě*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 71 s.
58. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2008. *Základy ošetrovatelské péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
59. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
60. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
61. STIEFENHOFER, M., 2002. *Když má vaše dítě strach*. Fragment. 36 s. ISBN 80-7200-651-7.
62. STUPKOVÁ, M., 2003. Hospitalizácia a jej vplyv na prežívanie dieťaťa. *Sestra*. Bratislava. 2(2), 10-11. ISSN 1335-9444.
63. SVATUŠKOVÁ, H., 2014. Hospitalismus u dětí. *Sestra*. 24(1), 48-49. ISSN 1210-0404.
64. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
65. ŠPAŇHELOVÁ, I., 2008. *Průvodce dětským světem*. Praha: Grada Publishig. 187 s. ISBN 978-80-247-1907-8.

66. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 284 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
67. THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
68. TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
69. TRUTKOVÁ, J., 2007. Komunikace sestry - pacient. *Sestra*. 17(1), 22 – 23. ISSN 1210-0404.
70. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
71. VYMĚTAL, J., 2004. *Úzkost a strach u dětí*. Portál, s.r.o. 184 s. ISBN 80-7178-830-9.
72. WEDLICHOVÁ, I., 2008. *Kapitoly z vývojové psychologie*. V Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 143 s. ISBN: 978-80-7414-044-0.
73. WECHTER, S. M., 2014. *School-age children's perceptions of stress in the hospital: A draw and tell story*. Ann Arbor. Dissertation. The University of New Mexico. ISBN 9781321082043.
74. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
75. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978 -80-246-2153-1.
76. ZÁVACKÁ, A., KOKORUDOVÁ, J., HUDÁKOVÁ, Z., 2008. Hospitalizácia dieťaťa s matkou. *Revue ošetrovateľstva, sociálne práce a laboratórnych metodik*. 14(4), 74 – 76. ISSN 1335-5090.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Maslowova pyramida potřeb



ČERNÝ, S., 2013. *Maslowova hierarchie potřeb*. In: osacr.cz [online]. Dostupné z http://www.osacr.cz/wp-content/uploads/2013/04/maslowova_hierarchie_potreb_a_hodnot.png

Příloha č. 2. Otázky při rozhovoru s dětmi

Otázky pro děti:

Otázky identifikační (respondenti budou mladšího školního věku, tj. 6 – 12 let):

Jak se jmenuješ? (pouze křestní jméno)

Kolik je Ti let?

Máš nějaké sourozence? Kolik? Hraje si s tebou tvůj sourozenec/hraješ si s ním doma?

Jsi tady sám, nebo je s tebou přijata maminka/tatínek?

Hlavní diagnóza dítěte:

1. Výzkumná otázka: *Jaké pocity má dítě po přijetí k hospitalizaci v nemocnici?*

- a) Byl/a jsi už někdy v nemocnici?
- b) Líbilo se ti tam? Co se ti tam líbilo/nelíbilo?
- c) Líbí se ti tady? Co se ti tady líbí/nelíbí?
- d) Máš z něčeho strach? Z čeho?
- e) Bolí tě něco? Co?
- f) Navštěvují tě tady rodiče (pokud nejsou společně hospitalizováni), sourozenci nebo babička s dědou?
- g) Skamarádil ses tady s někým? S kým?

2. Výzkumná otázka: *Jak je dítě připraveno k hospitalizaci a kdo ho zpravidla připravuje?*

- a) Vysvětlil ti pan doktor/maminka/tatínek proč jsi musel do nemocnice? (kdo?)
- b) Co ti teda je?
- c) Víš, jak dlouho tady budeš muset zůstat?
- d) Víš, co ti budou dělat? Bojíš se toho?
- e) Mohl sis s sebou něco vzít? Co?
- f) Chtěl bys mít v nemocnici ještě některé jiné věci/osoby? Jaké/které?
- g) Máte tedy v nemocnici hernu? Líbí se ti tam? Hraješ si tam? Kdo si s tebou hraje?

Příloha č. 3. Otázky při rozhovoru se sestrami

Otázky pro sestry:

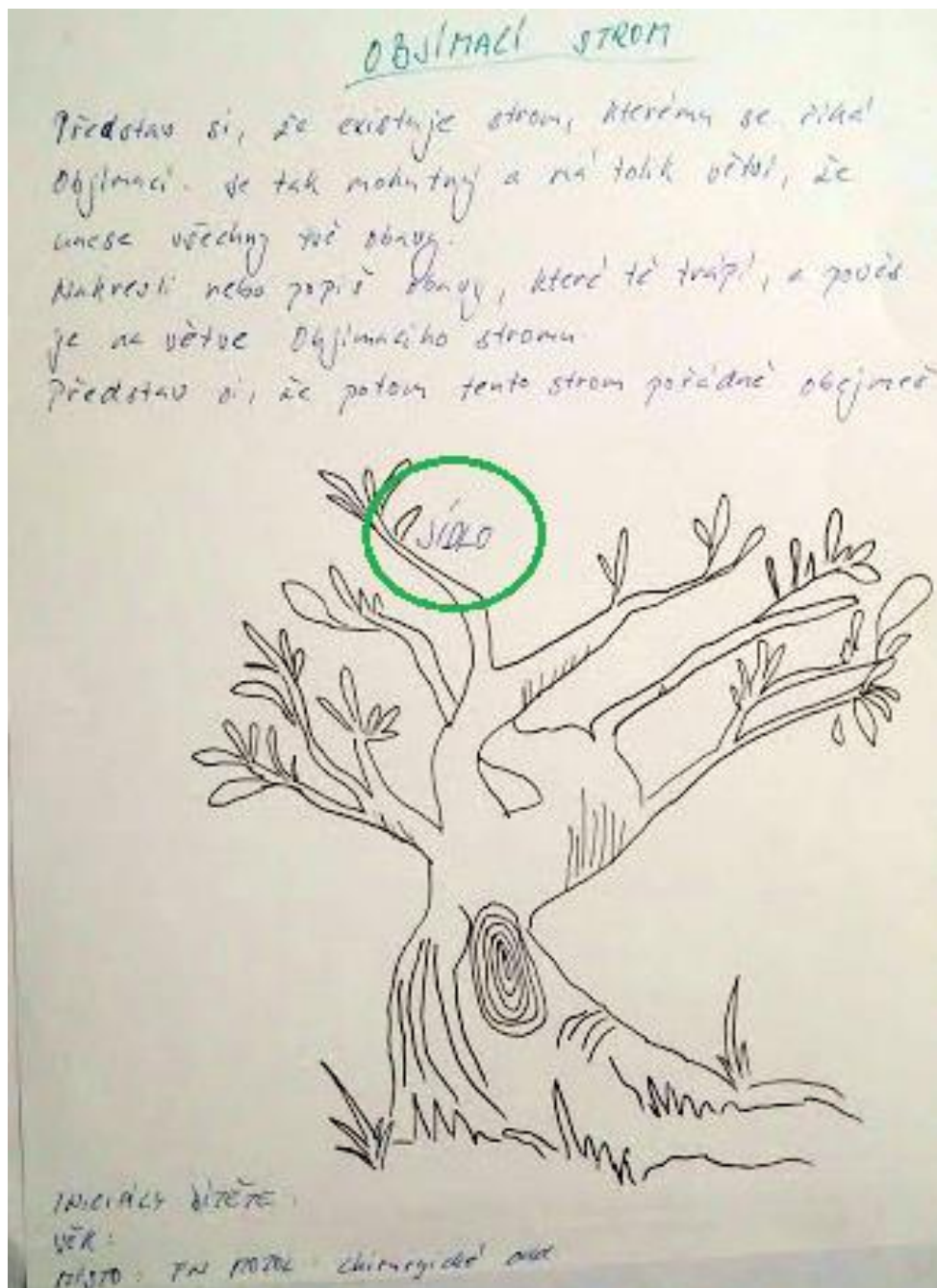
3. Výzkumná otázka: *Jak chápou sestry svoji roli při naplňování potřeby bezpečí a jistoty u dětí?*

- a) Jaké činnosti Vám zaberou převážnou část Vaší práce (v jedné směně) - vyhledávání a uspokojování potřeb dítěte, administrativní činnosti, plnění ordinací lékaře?
- b) Jakým způsobem zajišťujete potřebu jistoty a bezpečí u dětí mladšího školního věku?
- c) Jakým způsobem seznamujete nově přijaté dítě (jeho rodiče) s provozem oddělení, s ostatními dětmi, s ostatním personálem?
- d) Domníváte se, že dítě mladšího školního věku potřebuje mít s sebou v nemocnici nějakou oblíbenou hračku nebo předmět z domova? Dovolujete jim to?
- e) Domníváte se, že máte dostatek času na to být s dítětem, hrát si s ním a být mu oporou, když u něj nejsou jeho rodiče (otec nebo matka)?
- f) Přijímáte s dítětem mladšího školního věku i jeho rodiče (otce nebo matku) ke společné hospitalizaci nebo chodí pouze na návštěvy (třeba i denně)?
- g) Dovolujete ostatním rodinným příslušníkům (sourozencům, prarodičům) aby navštěvovali dítě mladšího školního věku na oddělení? Nebo se s ním mohou setkat pouze mimo oddělení?

4. Výzkumná otázka: *Jakými způsoby snižují sestry pocit strachu a osamění dětí a potřebu ochrany před bolestí?*

- a) Jak poznáte, že se dítě mladšího školního věku něčeho bojí, pokud Vám to samo neřekne?
- b) Jak připravujete dítě na vyšetření/zákrok, abyste snížili jeho strach, úzkost, případně i bolest?
- c) Domníváte se, že je dítě klidnější, když je s ním při bolestivém vyšetření/zároku jeho rodič?
- d) Jak poznáte, že dítě mladšího školního věku něco bolí, pokud Vám to nechce nebo nemůže říct?
- e) Jakým NEFARMAKOLOGICKÝM způsobem zajišťujete dětem mladšího školního věku potřebu být bez bolesti?
- f) Jakým způsobem podáváte dítěti mladšího školního věku léky proti bolesti, pokud je lékař naordinuje (per os, per rectum, intra muskulárně, intra venózně, intra nasálně)?
- g) Jak připravujete dítě mladšího školního věku k spánku? Jak zajistíte, aby se v noci (potmě/samo na pokoji) nebálo?

Příloha č. 4 Obrázky dětí technikou kreslí a vyprávěj

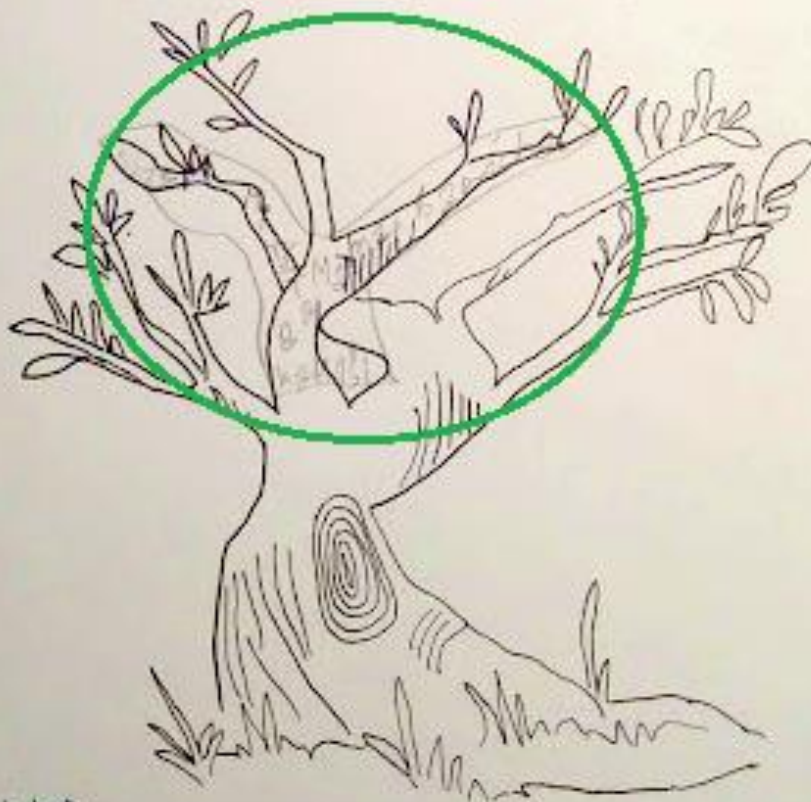


OBJÍMACÍ STROM

Představ si, že existuje strom, kterému se říká
Objímací. Je tak mňukavý, ať už tě sví, že unese
všechny tvé obavy.

Nakresli nebo potiš obavy, které tě trápí, a pouč se
je na větve Objímacího stromu.

Představ si, že potom strom pořádně objímá



INICIALE DÍTĚTE

UČA

PRÁTO FA POTEC ČLOVĚČEKŮ AKA

Přepis pro špatnou čitelnost:

Schází mi táta, máma, babička a kámoši

Příloha č. 5 Příklad kódování

Jak připravujete dítě na vyšetření/základ, abyste snížili jeho strach, úzkost, případně i bolest?

MOTIVACE *HRAČKY*
S1: Většinou nějakou motivací. Máme tady spoustu hraček, které dostanou za odměnu, když zvládnou odběry nebo tak, takže takový šuplíčky. Vždycky je jako navnadíme, že si z toho můžou něco vybrat. Máme tam omalovánky, pexesa, nějaký figurky a tak. Takže asi tímhle. Samozřejmě se snažíme, aby se to podařilo jako napoprvé, abychom to dítě jako dlouho netrápili, takže asi to. Ale ty hračky jsou dobrá motivace. Docela to jde. A samozřejmě ten rodič tomu hodně přispívá, když je s ním třeba ta maminka, tak ta na to samozřejmě vliv má taky, že s ní se to dítě cítí nejbezpečněji, než se mnou, když mě to dítě třeba nezná.

VYSVĚTLENÍ *RODIČ. PODPORU*
S2: Informovat ho, co se bude dít hlavně a uklidňovat ho. Poučit ty rodiče, pokud tam jsou, aby věděli, do čeho jdou.

VYSVĚTLENÍ *RODIČ. PODPORU*
S3: Vysvětlím mu, jak bude vyšetření probíhat, slovně ho uklidním. Při vyšetření se budu snažit odvést pozornost. Snažit se, aby dítě nemělo zbytečně moc nepříjemných vyšetření, zákroků

VYSVĚTLENÍ
S4: Dítě je upozorněno, poučeno lékařkou. U nás nemáme bolestivé výkony, kromě odběrů krve. Děti informujeme, co se bude dít.

EDUKACE *HOVNĚ MLUVIT*
S5: Záleží to na věku, určitě. Řádnou edukací. Hodně s ním mluvit, to je důležitý, veškerý postup mu vysvětlit, i veškerý postup, tak jak to jde. Jak před samotným vyšetřením, tak při tom vyšetření, co se děje

HOVNĚ MLUVIT *VYSVĚTLIT*
S6: Mluvíme s ním, snažíme se jim to vysvětlit. Já jsem dělala herního terapeuta, tak jsme ukazovali na plyšácích, kanylu, obvazy, všechno. Takže si na to mohli šáhnout.

NAZORNÁ UKÁZKA

Příloha č. 6 – Adaptační dotazník

Vítáme tě na našem oddělení. Doufáme, že se ti tu aspoň trošku s námi líbí. Vyplň nám prosím pár otázek.

Jak se jmenuješ?

Jak chceš, abychom ti říkali?

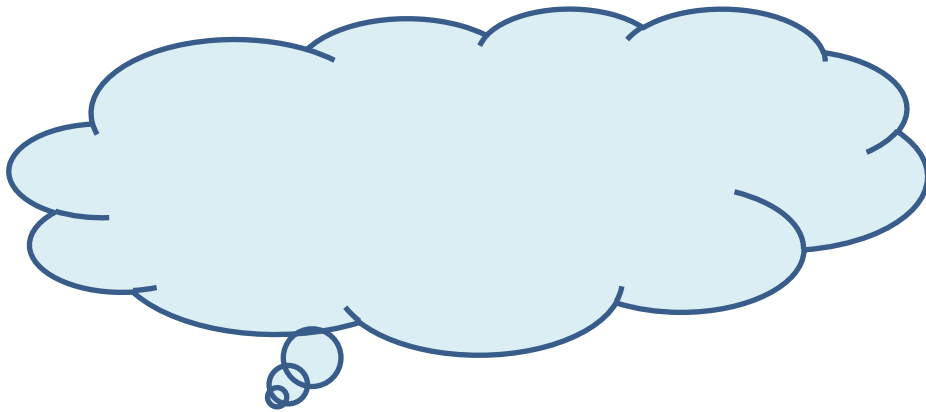
1. Byl/a jsi už někdy v nemocnici? (Odpověď zakroužkuj)

ano

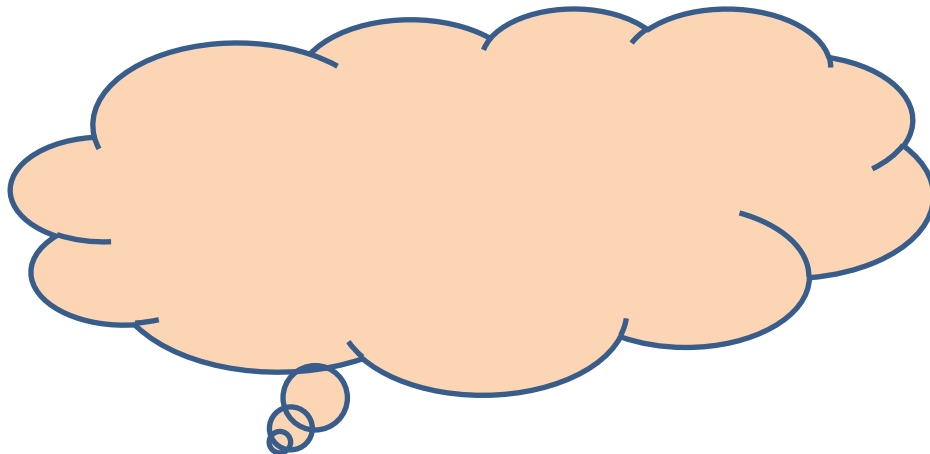
ne



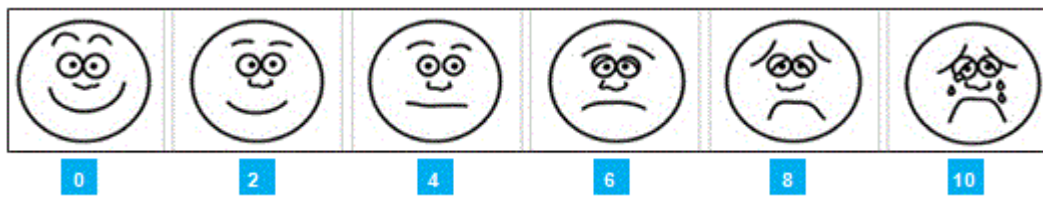
Pokud jsi byl už nemocnici, napiš do obláčku, co se ti v předchozí nemocnici líbilo.



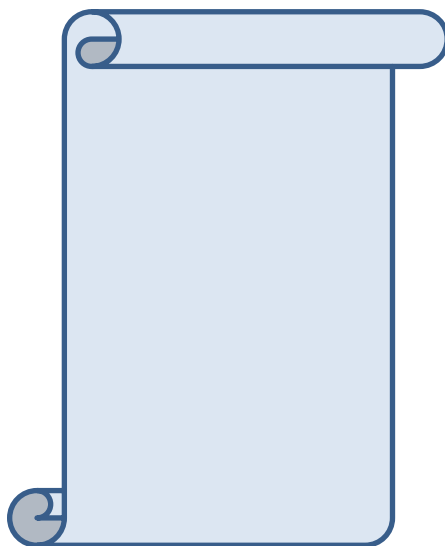
Do oranžového obláčku napiš, co se ti v předchozí nemocnici nelíbilo.



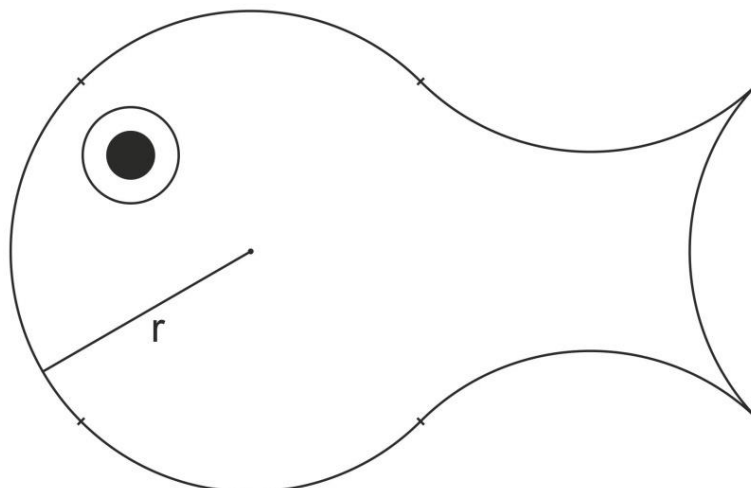
2. Jak se nyní cítíš? (číslo pod obličejem tvé nálady zakrouškuj).



3. Je něco, co se ti tady nelíbí? Napiš nám to, prosím.



4. Jaké hry nebo výtvarné činnosti by tě bavily v naší herně s ostatními dětmi? (Napiš nám to do rybičky)



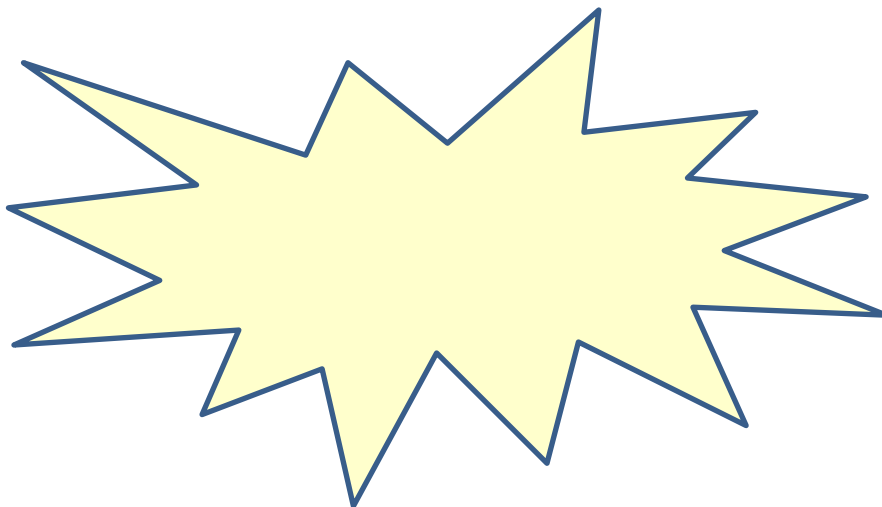
5. Hraješ si raději sám nebo s ostatními dětmi? (odpověď zakroužkuj)

sám s ostatními dětmi

6. Trápí tě něco? (Napiš nám to prosím do svitku)



7. Co pro tebe můžeme udělat, aby ses tu cítil lépe?



8. Chceš se nás na něco zeptat?

.....

.....

.....

.....

.....



8.

Objímací strom

Představ si, že existuje strom, kterému se říká Objímací. Je tak mohutný a má tolik větví, že unese všechny tvé obavy.

Nakresli nebo popiš obavy, které tě trápí, a pověš je na větve Objímacího stromu. Své obavy můžeš na Objímací strom věšet také večer před spaním. Stačí, když si ho představíš.

Představ si, že potom tento strom pořádně obejměš.



10. Pokud se ti bude chtít, nakresli nám na tento list obrázek na téma: „Můj pobyt v nemocnici“.

Příloha č. 7 Zdroje obrázků z adaptačního dotazníku

1. <http://lucymaroszova.blog.cz/en/1105/dite-v-nemocnici>
2. obrazec z Microsoft Word 2010
3. obrazec z Microsoft Word 2010
4. <http://www.porodnice.cz/dite-a-z/fyziologie-bolesti>
5. obrazec z Microsoft Word 2010
6. <http://www.predskolaci.cz/pobyt-deti-v-nemocnici/16020>
7. <http://www.jemelik.cz/17687/zadani-21-kola-jla/?c=4529>
8. obrazec z Microsoft Word 2010
9. <http://www.klicek.org/archiv/2012.pdf>
10. obrazec z Microsoft Word 2010
11. https://ona.idnes.cz/zdravotni-klaun-nejlepsi-co-pro-deti-muzeme-udelat-rozesmat-je-pvi-deti.aspx?c=A081210_153505_ona_deti_jup
12. PLUMMER, D., 2013. *Učíme děti zvládat úzkost, obavy a stres: cvičení pro mladší školní věk*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0377-3.